

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**Husitská teologická fakulta**

**Psychosociální problematika stravování seniorů**

**Psychosocial issues of nourishment of the elderly**

Diplomová práce

**Vedoucí práce:**

MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph.D.

**Autor:**

Bc. Kristýna Šaldová

Praha 2019

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí práce paní MUDr. Jiřině Ondrušové, Ph.D. za její odbornou pomoc a cenné rady, které mi pomohly při zpracování diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině, která mě podporovala během celého studia.

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci **Psychosociální problematika stravování seniorů** vypracovala samostatně s použitím uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne.....

Bc. Kristýna Šaldová

## **ANOTACE**

Diplomová práce se zabývá psychosociální problematikou stravování seniorů. Teoretická část se zaměřuje na stáří a stárnutí. Dále popisuje typické nemoci, které jsou ovlivněny stravou. Seznamuje čtenáře s geriatrickými syndromy a psychosociálními aspekty stravování seniorů. Představuje aktuální dokumenty, které se týkají mimo jiné stáří, prevencí nemocí, podpory zdraví a zdravého životního stylu. Dále jsou v práci popsány klady a zápory stravování seniorů v rezidenční péči a domácím prostředí. Zaměřuje se na nutriční stav seniorů, projekt standardizace nutriční péče a uvádí obecná doporučení stravování pro starší věk. Součástí práce je výzkumné šetření. Cílem je zjistit, jaký vliv má strava na seniory a porovnat stravování seniorů v rezidenční péči a domácím prostředí. V závěrečné diskusi předkládá výsledky odpovědí z dotazníkového šetření.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Senior, rezidenční péče, domácí prostředí, psychosociální problematika, výživa

## **ANNOTATION**

The diploma thesis deals with psychosocial problems of senior's alimentation. The theoretical part concentrates on old age and aging. Furthermore it describes diseases that are typically affected by diet. It makes the readers familiar with geriatric syndromes and psychosocial aspects of seniors' alimentation. It presents up-to-date documents which refer, beside other things, to old age, disease prevention, health support and healthy lifestyle. The thesis also describes the pros and cons of eating in residential care and in home environment. It focuses on the nutritional status of seniors, the project of nutritional care standardization and presents general recommendations on nutrition in older age. The thesis includes also a research survey. The aim of the research is to find out how the diet influences elderly people and compare the nutrition of seniors in residential care and seniors living and eating at home. In the final discussion the results of the questionnaire survey are presented.

## **KEYWORDS**

Senior, residential care, home environment, psychosocial issues, nutrition

# OBSAH

<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>- 8 -</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>- 9 -</b>
<b>1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ .....</b>	<b>- 10 -</b>
1.1 ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍ STYL VE STÁŘÍ.....	- 12 -
1.2 NEMOC A FYZICKÉ OBTÍŽE U SENIORŮ.....	- 12 -
1.2.1 Kardiovaskulární choroby.....	- 13 -
1.2.2 Alzheimerova choroba.....	- 13 -
1.2.3 Osteoporóza.....	- 14 -
1.2.4 Diabetes mellitus.....	- 14 -
1.2.5 Zácpa.....	- 15 -
<b>2 GERIATRICKÉ SYNDROMY .....</b>	<b>- 16 -</b>
2.1 DEMENCE A VÝŽIVA .....	- 16 -
2.2 MALNUTRICE .....	- 17 -
2.3 SYNDROM DEHYDRATACE .....	- 18 -
2.4 SYNDROM INKONTINENCE .....	- 19 -
2.5 SYNDROM INSTABILITY S PÁDY A ÚRAZY .....	- 19 -
2.6 SYNDROM HYPOMOBILITY, DEKONDICE A SVALOVÉ SLABOSTI.....	- 20 -
2.7 SYNDROM MALADAPTACE .....	- 21 -
<b>3 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY STRAVOVÁNÍ SENIORŮ .....</b>	<b>- 22 -</b>
3.1 SOCIÁLNÍ FAKTORY .....	- 22 -
3.2 EKONOMICKÉ FAKTORY.....	- 23 -
3.3 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ STRAVU SENIORŮ .....	- 24 -
3.4 FYZICKÉ FAKTORY A STRAVOVÁNÍ SENIORŮ .....	- 25 -
3.4.1 Příčiny špatného stravování seniorů.....	- 25 -
3.4.2 Důsledky špatného stravování seniorů.....	- 26 -
<b>4 AKTUÁLNÍ DOKUMENTY .....</b>	<b>- 28 -</b>
4.1 NÁRODNÍ STRATEGIE PODPORUJÍCÍ POZITIVNÍ STÁRNUTÍ PRO OBDOBÍ LET 2013- 2017 .....	- 28 -
4.2 NÁRODNÍ STRATEGIE ZDRAVÍ 2020- NÁRODNÍ STRATEGIE OCHRANY A PODPORY ZDRAVÍ A PREVENCE NEMOCÍ.....	- 28 -
<b>5 VÝŽIVA SENIORŮ .....</b>	<b>- 31 -</b>
5.1 STRAVOVÁNÍ SENIORŮ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ .....	- 31 -
5.2 STRAVOVÁNÍ SENIORŮ V REZIDENČNÍ PÉČI.....	- 32 -
5.3 NUTRIČNÍ STAV SENIORŮ A JEHO HODNOCENÍ .....	- 33 -
5.4 PROJEKT STANDARDIZACE NUTRIČNÍ PÉČE .....	- 34 -
5.4.1 Nutriční terapeut .....	- 36 -
5.5 OBECNÁ DOPORUČENÍ PRO STRAVOVÁNÍ SENIORŮ.....	- 37 -
<b>6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>- 39 -</b>
6.1 CHARAKTERISTIKA SOUBORU .....	- 39 -
6.2 OBECNÉ INFORMACE O DOMOVĚ ANNA.....	- 40 -
6.3 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	- 41 -
6.4 METODY ŠETŘENÍ, SBĚRU A ZPRACOVÁNÍ DAT .....	- 42 -
6.5 OPERACIONALIZACE.....	- 43 -
6.6 ETICKÉ ZÁSADY .....	- 45 -
6.7 LIMITY ŠETŘENÍ .....	- 45 -
6.8 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ .....	- 46 -
6.1 VYHODNOCENÍ CÍLŮ PRÁCE .....	- 66 -
6.2 VYHODNOCENÍ STANOVENÝCH HYPOTÉZ .....	- 68 -
6.3 DISKUSE .....	- 70 -
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>- 74 -</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>- 76 -</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>- 82 -</b>

SEZNAM OBRÁZKŮ.....	- 83 -
SEZNAM PŘÍLOH .....	- 84 -

## **SEZNAM ZKRATEK**

ČR- Česká republika

LDN- Léčebna dlouhodobě nemocných

PEG- Perkutánní endoskopická gastronomie



## ÚVOD

Předložená diplomová práce se zabývá psychosociální problematikou seniorů v souvislosti se stravováním. Ve stáří dochází k úbytku sil, a proto je důležité, aby byla strava energeticky vyvážená a byly v ní zastoupeny všechny důležité potravinové složky. Na celkovém stavu seniora se podílí jeho psychický a fyzický stav. Ovlivňován je však také sociálními a ekonomickými faktory. U seniorů se často vyskytují involuční změny s přítomností chronických onemocnění. Vyvážená strava je proto důležitým ochranným prvkem pro kvalitní život.

Motivací ke zpracování tématu psychosociální problematika stravování seniorů bylo absolvování praxe v Domově ANNA. Zde jsem si uvědomila, že stravování má v životě starších lidí významné místo a souvisí s různými aspekty.

Teoretická část se zabývá pojmem stáří, stárnutí a s tím spojeným zdravím, zdravým životním stylem, nemocemi a fyzickými obtížemi u seniorů. Další samostatná kapitola se zaměřuje na geriatrické syndromy, jenž jsou typické pro „křehké seniory“. Třetí klíčová kapitola nastiňuje psychosociální aspekty stravování seniorů. Podrobněji jsou popsány sociální, ekonomické, psychologické a fyzické faktory, které ovlivňují stravu seniorů. Představeny jsou také dokumenty, týkající se stravování. Prvním z nich je Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013- 2017 a druhým je Zdraví 2020- Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. V páté kapitole je popsáno, jak je to s klady a zápory stravování seniorů v rezidenční péči a domácím prostředí.

Stěžejní část diplomové práce je výzkumné šetření, které mapuje stravování seniorů v rezidenční péči a v domácím prostředí. Otázky v dotazníku, které jsou určené pro tyto starší osoby, se zaměřují na kvalitu stravování ve stáří a s tím spojené psychické, sociální a ekonomické faktory. Cílem je odhalit, zda mají kvalitnější (pestřejší a vyváženější) stravu senioři v rezidenční péči nebo ti, žijící v domácím prostředí, a zkoumat nakolik je stravování v obou prostředí ovlivňováno psychosociálními a ekonomickými faktory. Výsledky šetření jsou shrnuty v diskusi.

# 1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Na stáří existují různé pohledy lidí. Většina z nich ho bere jako pochmurné období, plné špatné nálady a nemocí. Měli bychom si ale uvědomit, že všichni nemají to štěstí dožít se vysokého věku a radovat se z prožité etapy života.

Malíková (2011) ve své knize píše, že se stárnutí stává životní etapou člověka. Stáří a stárnutí prožívá každý jedinec specificky. Odvíjí se to především od zdravotních, sociálních a ekonomických faktorů. Je s tím spojeno ubývání sil, ztráta kontaktů s lidmi a nedostatečná schopnost sebeobsluhy. Senior se může stát závislým na druhé osobě. Není schopný nakupování, vaření, podávání léků a dalších úkonů, které jsou potřebné pro každého jedince v pozdějším věku.

Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol. (2007) uvádějí, že se proměňuje psychický stav, se kterým se pojí špatné, nedostatečné stravování. Při těchto změnách dochází k nízké odolnosti organismu a dostavuje se neschopnost přizpůsobit se novým podnětům. Mezi další změny lze zařadit například zpomalené reakce, zpomalené psychomotorické tempo nebo zabíhavé myšlení. To znamená, že člověk najednou neví, co chtěl sdělit a nedokáže udržet myšlenku. Ondrušová (2011, s. 13, 14) dále uvádí, že: „*v průběhu stárnutí dochází postupně k: zpomalení psychomotorického tempa, proměně kognitivních funkcí, proměně a mnohdy i zvýraznění osobnostních rysů, změně způsobu nazírání na vlastního „já“, který ovlivňuje schopnost přijetí nové role v rámci reakce na vlastní stáří, proměně mentální funkce a změnám v emoční složce.*“ Rodina začíná být v tomto věku nepostradatelná, neboť vyvolává u seniorů pocit citové jistoty. Není to jen rodina, ale především zdravotní stav jedince. Výkyvy nálad a úzkost patří k emocionálním změnám, se kterými se většina seniorů potýká.

Jednou ze záporných aspektů je ohrožená soběstačnost. Jak píše Kalvach (2004, s. 196) „*Soběstačnost je schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném prostředí*“. Ve většině případů seniorům ubývají síly, a tak dochází ke ztrátě soběstačnosti. Hudáková (2013) píše, že problémem je seskupením několika důsledků. Jsou jimi zdravotní postižení, sociální situace a nároky prostředí, ve kterém žijí. Vágnerová (2007, s. 391) píše, že senioři jsou si vědomi, že již nezastanou tolik, co dříve. Je pro ně velmi náročné požádat druhé o pomoc. Nesoběstačnost nelze nijak ovlivnit, vyvolává pocit méněcennosti, vlastní selhání a následně i obtíž pro pečující osobu. Pokud jedinec potřebuje trvalou péči, je vhodné poskytnout mu emoční oporu.

Na stáří ale nesmíme pohlížet jen negativně. Pro mnoho lidí je to období plné volnosti, radosti a prostoru pro realizaci snů z mládí, které nebylo možné z časových důvodů uskutečnit.

Definici stárnutí charakterizují Weber a kol. (2000) jako proces, kdy dochází na všech úrovních v orgánech k funkčním, degenerativním a morfologickým změnám. Nastávají v různém věku a rozvíjí se odlišnou rychlostí.

Ondrušová (2011, s. 13) píše, že „*stárnutí je celoživotní biologický proces, na jehož konci je stáří.*“ Nejedná se jen o tok času. Nelze ho vrátit ani opakovat.

Definici stáří popisuje Haškovcová (2010) jako období, které se v lidském životě váže na dětství, mládí a období zralosti. Vyzdvihuje, že se nejedná o nemoc, ale o proces změn, který je přirozený. Změny probíhají celý život, avšak vnímány jsou právě až v období stáří.

Mlýnková (2011) popisuje stáří jako vyvrcholení životního cyklu člověka.

Změny, které probíhají ve stáří, se projevují dle Matouše a kol. (2002) takto:

- snížení výšky
- úbytek vody v těle
- výrazné zmenšení hmotnosti
- hybnost a ohebnost není na takové úrovni jako dříve
- úbytek svalů
- kosti začínají řídnout
- chátrání kloubů
- počátek involučních změn
- snížení činnosti kardiorespirace
- zhoršení nervového systému

Stáří dle věku lze rozdělit různě. Záleží na daném odborníkovi a jeho názoru. Dle Světové zdravotnické organizace se dělí stáří takto:

- rané staří- 60- 75 let
- vlastní stáří- 75- 90 let

- dlouhověkost- 90 a více let

Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol. (2007) ve své knize dělí stáří následujícím způsobem:

- mladí senioři- 65- 74 let
- staří senioři- 75- 84 let
- velmi staří senioři- 85 a více let

## **1.1 Zdraví a životní styl ve stáří**

Pojem zdraví má v literatuře mnoho definic. Machová (2015) uvádí, že zdraví je ovlivněno pozitivními a negativními faktory. Ty pak můžeme ještě rozdělit na vnitřní a zevní činitele. Genetickou výbavu člověka řadíme mezi vnitřní determinanty, naopak životní prostředí, úroveň zdravotních služeb a životní styl mezi vnější determinanty.

Floriánková (2014) píše, že kvalita a množství stravy je jedním z nejdůležitějších faktorů, které ovlivňují zdraví. Strava se dále pojí s pohybovou aktivitou a spánkem. Vhodné, konzumované potraviny se částečně podílejí na délce a kvalitě našeho života. Dobrý fyzický a psychický výkon, imunita, bezproblémové hojení ran a zkrácená doba léčby nemocí, závisí do značné míry na správném stravování, protože obézních lidí, kteří trpí cukrovkou, hypertenzí, vysokou hladinou cholesterolu či dnou stále přibývá.

Haškovcová (2012) ve své knize píše, že senior si neuvědomuje, jak úzce je spojena kvalitní strava a životní vyrovnanost.

Životní styl popisují Sak a Kolesárová (2012) jako výsledek, který si svobodně zvolíme sami. Je však ovlivňován prostředím, ve kterém žijeme, společností a krajinou, která nás obklopuje. Stolování patří mezi hlavní součást životního stylu.

Floriánková (2014) zmiňuje, že pokud má člověk správné životní návyky, je tak na cestě k prevenci mnoha onemocnění. Kvalitní životní styl je důsledkem dobré fyzické, psychické kondice a pohyblivosti.

## **1.2 Nemoc a fyzické obtíže u seniorů**

Nemoc a fyzické obtíže jsou velkou přítěží pro starší osoby. Ondrušová (2011) uvádí, že s přibývajícím věkem stoupá riziko četných onemocnění. Obecně platí, že závažnost nemocí u seniorů narůstá s věkem. Komplikace a nesoběstačnost se stávají hrozbou každého

starého člověka. Průběh nemocí je ve stáří atypický a nemoci se vzájemně sdružují. Za nemoci, které jsou typické pro stáří lze považovat ty, které se v mládí vyskytují jen výjimečně.

### **1.2.1 Kardiovaskulární choroby**

Adámková (2010) uvádí, že nemoci srdce a cév se stávají stále častějším problémem ve světě. Správnou životosprávou lze těmto nemocem předcházet. Mezi neovlivnitelné faktory patří genetika, věk a pohlaví. Mužů se dotýkají více nemoci srdce a cév. Pro ženy je naopak specifické, že jsou chráněny do určitého věku pohlavními hormony. Ovlivnit a zmírnit riziko kardiovaskulárních chorob, lze správným životním stylem, prevencí obezity, nekuřáctvím a dostatečným pravidelným pohybem.

#### **Hypertenze**

U starších osob se mnohdy vyskytuje zvýšený krevní tlak. Institut klinické a experimentální medicíny uvádí, že se jedná o opětovné či neustálé zvýšení krevního tlaku. Jeho hodnoty jsou 140/90 a vyšší.

Mezi nejčastější rizika patří kardiovaskulární a mozkové komplikace. Petříková (2002) píše, že nejčastěji se jedná o esenciální hypertenzi. Nelze přesně prokázat její příčinu. Je však vnímána jako komplexní onemocnění, které je zapříčiněno geny „vnímavosti“, které na sebe vzájemně působí. Až 50% osob nad 65 let trpí zvýšeným krevním tlakem.

Kaňková (2003) ve své knize stanovuje soubor pravidel, která jsou tzv. nefarmakologickou léčbou hypertenze. Patří sem: snížení hmotnosti, omezení příjmu soli, alkoholu a kouření, zařazení více pohybu do denního režimu a v neposlední řadě, pokud je to možné, vyhýbání se stresovým situacím. Jestliže pravidla nejsou dostačující, je nutné nasadit farmakologickou léčbu.

### **1.2.2 Alzheimerova choroba**

Existuje několik definic Alzheimerovy choroby. Holmerová, Jurašková a Zikmundová a kol. (2007) píší, že Mezinárodní klasifikace nemocí ji charakterizuje jako zhoršení myšlení a paměti. Ty následně ovlivňují soběstačnost a nemožnost vykonávat každodenní aktivity. Často dohází k významným změnám v chování starého člověka.

### 1.2.3 Osteoporóza

Kalvach (2004) píše, že osteoporóza je choroba, která se vyskytuje ve stáří a koreluje s rizikovými faktory, které jsou geneticky podmíněné. Projevuje se snížením mineralizace kostní hmoty a změnou kostní tkáně. Potrava, pohybová aktivita a genetické faktory ovlivňují tvorbu kostní hmoty.

Nejčastěji se vyskytuje u lidí nad 50 let. Osteoporóza je více aktuální u žen. Faktory, které ji ovlivňují, jsou hlavně věk, ženské hormonální změny, hmotnost a v neposlední řadě výživa. Aby kostní hmota tolik neubývala, měl by člověk denně přijímat vápník v množství 1000- 1500 mg ([www.ikem.cz](http://www.ikem.cz)).

V odborném článku (*Zdravotnictví a medicína*, 2016) se píše, že vhodná výživa je prevencí vzniku osteoporózy. Primární je přijímat v dostatečné míře stavební látky, minerály, vitamíny a stopové prvky, aby byly kosti pevné a zdravé. Kvalitním zdrojem vápníku je mléko, zakysané mléčné potraviny a jogurty, sýry a ze zeleniny například brokolice či květák. Pečivo je také zdrojem vápníku, nebezpečná je však nadměrná konzumace soli.

### 1.2.4 Diabetes mellitus

Ondrušová (2018) píše, že diabetes mellitus je chronické onemocnění, které se musí léčit. Patří mezi civilizační choroby. Existují 2 typy diabetu.

A) diabetes mellitus I. typu:

- postihuje děti a mladé lidi
- hlavní příčinou je ztráta inzulínu
- projevuje se zejména častým močením, mimořádným hladem, žízní a celkovou podrážděností

B) diabetes mellitus II. typu:

- postihuje osoby středního a vyššího věku
- příčinou je nedostatečná tvorba inzulínu
- projevy tohoto typu jsou totožné jako u I. typu diabetu
- může se vyskytnout infekce
- způsobuje pomalé hojení ran

Ondrušová (2018) dále píše, že skupiny lidí, které jsou ohrožené diabetem II. typu bývají obézní, nedostatečně se hýbou a nevhodně stravují. K zabránění či zmírnění následků diabetu je nutné dodržovat pravidelný stravovací režim, diabetickou dietu, nekouřit, nepít alkohol a zařadit do běžného dne více pohybových aktivit. Pokud je to nutné, lékař musí naordinovat antidiabetika či inzulín.

Mezi akutní komplikace diabetu patří hypoglykémie a hyperglykémie. Příčinami hypoglykémie je například vynechání jídla během dne, což se projevuje slabostí, neklidem, třesem, ale může dojít až k bezvědomí. V tomto případě je na místě, okamžité podání cukru nebo zavolání rychlé záchranné služby. U seniorů je hypoglykémie častá a nebezpečná. Dochází k pádům a následně k úrazům. Hyperglykémie je zapříčiněna nedodržením diety nebo při přerušení léčby. Na rozdíl od hypoglykémie se rozvíjí pomalu.

Rybka (2012) píše, že diabetes mellitus patří k nejčastějším onemocněním ve stáří. U více jak poloviny diabetiků platí, že jsou obézní. V tomto případě je vhodné nastavit a dodržovat dietu. Není to však vůbec jednoduché. Staří lidé neradi mění své zvyklosti, jako je například podávání pokrmů v určitých časech. Problém může být i ve financích. Diety jsou mnohdy nákladnější. Další komplikací je nemožnost dodržování diety z důvodu jiné nemoci. Existují diabetologické poradny, ve kterých je pacient se vším obeznámen. Pokud nestačí úprava životosprávy, je nutné nasadit farmakologickou léčbu.

Rybka (2006) ve své knize píše, že diabetes je závažným zdravotně sociálním problémem, který se týká všech vyspělých společností.

### **1.2.5 Zácpa**

Senioři mnohdy trpí zácpou, nejedná se však o nemoc, ale o nepříjemný příznak, který významně souvisí se stravováním.

Skálová (2017) v článku prevence a řešení zácpy píše, že problém není jen u lidí v ústavních zařízeních, ale postihuje i jedince v domácím prostředí. Závažnost se odvíjí od soběstačnosti, přítomnosti onemocnění, může být však způsobena také léky, které senior užívá. V neposlední řadě se jedná o potíží v sociální situaci staršího člověka. Musí být dodržována pravidelná strava a dostatek pohybu. Problém nastává většinou už při nákupu nekvalitních potravin bez dostatečného množství vlákniny. Na to by se měl však zaměřit každý člověka brát jako prevenci před vznikem zácpy.

## 2 GERIATRICKÉ SYNDROMY

Ondrušová (2011) uvádí, že je to soubor symptomů, jež mají různé příčiny a shodné důsledky. Geriatrické syndromy jsou charakteristické zejména pro křehké seniory. Mezi společné podstatné znaky geriatrických syndromů patří:

- chronický průběh
- časté opakování
- vzájemná souvislost
- časté přehlížení
- nejednoduchá léčba
- omezení soběstačnosti

Správnou diagnózou a léčbou pacienta, lze docílit snížení problémů. Pokud to není možné, měla by se zahájit paliativní péče.

Porucha hybnosti, pády a demence patří k nejčastěji se vyskytujícím a velice nákladným geriatrickým syndromům. Důsledkem bývá nesoběstačnost či nutná institucionální péče. Níže jsou uvedeny nejčastější a nejzávažnější geriatrické syndromy.

Dle Topinkové (2005) lze geriatrické syndromy rozdělit do třech skupin:

- somatické geriatrické syndromy: nestabilita, imobilizace, inkontinence, porucha příjmu potravy, dehydratace
- psychické geriatrické syndromy: demence, deprese, poruchy chování, delirium
- sociální geriatrické syndromy: sociální izolace, nefunkční rodina, úbytek soběstačnosti týrání seniorů

### 2.1 Demence a výživa

Petrová (2015) se v článku zabývá demencí, která se často pojí s poruchami výživy. Demence je syndrom, který je většinou způsobený neurodegenerativním poškozením mozku, při němž dochází k porušení kognitivních funkcí (paměti, myšlení, chápání, počítání, orientace) a nekognitivních funkcí (chování, ztráta soběstačnosti). Příčinou je obvykle Alzheimerova nemoc. Ve spojení s výživou dochází k infekčním komplikacím, rizikům



zdraví a celkovému zhoršení kvality života. Ošetřující lékař musí naindikovat podporu k výživě. Jednou z variant je perkutánní endoskopická gastronomie neboli PEG. Při zavádění PEGu je nutné dodržovat indikační kritéria. Sondová souprava pro PEG je zaváděna během gastrokopického vyšetření. Prochází přes břišní stěnu přímo do žaludku. Většinou se zavádí, pokud u pacienta probíhá 2- 3 týdny nedostatečný nutriční příjem. V případě demence se zvažuje zejména v těžkých a terminálních stádiích. Člověk není schopný výběru, nákupu a přípravy stravy. Ale také pokud se objevují potíže s používáním příborů či porucha polykání. V terminálním stádiu demence se objevují potíže při stravování. Například když pacient:

- má stravu v ústech, ale necítí ji
- drží stravu v ústech, ale nic s ní nedělá
- špatně kouše stravu
- plive stravu z úst
- konzumuje stravu rychle a vkládá do úst velká sousta
- odmítá stravu
- kašle

V lehčích stádiích demence může docházet ke stresovému hladovění. Zde je na lékaři, aby rozhodl o případném zavedení PEG (Petrová, 2015).

## 2.2 Malnutrice

Kalvach (2004) charakterizuje malnutrici jako patologický stav, jenž je způsoben nedostatečným přísunem živin. Dále zmiňuje, že je to problém, který lze posuzovat z hlediska medicínského, organizačního a hlavně ekonomického.

Topinková (2005, s. 24) uvádí, jaké jsou nejčastější příčiny vzniku malnutrice ve stáří. „Jsou jimi:

*M- malabsorce, maldigesce*

*A- anorexie*

*L- léky*

*N- nákup, návyky stravování*

*U- ústa (zubní náhrada, špatné žvýkání stravy, polykání), ulcerace*

*T- tyreopatie*

*R- rezidentní péče*

*I- instrumentální denní závislost*

*C- cholesterol*

*E- emoce (psychologické příčiny), ekonomika“*

Topinková (2003) uvádí rozdělení malnutrice dle její závažnosti. U lehké malnutrice se nevyskytují somatické a funkční poruchy, u středně závažné ubývá tuk, a nevyskytují se poruchy funkce. U třetího nejzávažnějšího stupně se jedná o těžkou malnutrici, kdy dochází k atrofiím svalstva, špatně se hojí rány, sníží se vitalita a objevují se otoky.

## **2.3 Syndrom dehydratace**

Whitney a kol. (2011) popisují, že senior nezaznamenává pocit žízně a ani nevnímá pocit suchosti v ústech. Nedostatek příjmu tekutin je zapříčiněn i strachem z pomočování.

Stránský (2010) uvádí, že s nedostatkem tekutin je spojen další závažný fakt, a tím je pozměněná účinnost léků. Snižuje se tělesná výkonnost a zvyšuje se riziko zácpy.

Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol. (2007) uvádějí, že dehydratace se stává pro seniory rizikovým činitelem vymezujícím některá onemocnění v seniorském věku. Voda se do těla dostává společně s potravou a s roztoky. Během dne člověk ztratí 2000- 2500 ml. Voda odchází močí, pokožkou, perspirací a stolicí. Zdravý jedinec by měl tedy přijmout minimálně 1500- 2500 ml vody denně.

Vážnou dehydrataci, jak uvádí Floriánková (2016), můžeme očekávat u seniorů, kteří mají zvýšenou teplotu či horečku, ale i při špatně léčené cukrovce. Dehydrataci lze rozdělit na tři stupně. Mírná dehydratace se projevuje oschlými rty, únavou, suchem v ústech či bolestí hlavy. V tomto případě je důležité podávat dostatečné množství tekutin a je dobré sledovat barvu a množství moči. Střední dehydratace se projevuje nejčastěji zmateností, závratěmi a podrážděností. Klesne krevní tlak a pulz se naopak zrychlí. Je vhodné ihned podat nápoje v malém množství, a pokud není znatelné zlepšení během 1 -2 hodin, je nutná odborná pomoc. Třetím stupněm je těžká dehydratace, při které po více jak osmi hodinách nevychází moč z těla ven a člověk může prodělavat šok či ztrácet vědomí. V tuto chvíli je nezbytné vyhledat lékařskou pomoc a podat při hospitalizaci tekutinu přímo do žíly.

## **2.4 Syndrom inkontinence**

S dehydrací souvisí inkontinence. Pocit močení vyvolávají kyselé potraviny, kofein a obecně nápoje.

Ondrušová (2011) uvádí, že inkontinence je mimovolné unikání moči, vyskytující se častěji u žen. Způsobuje zhoršení kvality života a omezení denních aktivit. Důvodem neřešit inkontinenci, je obvykle stud. Existuje několik důsledků inkontinence:

- zdravotní
- psychické
- sociální
- ekonomické

Senior by měl mít vždy v blízkosti toaletu a následně provést důkladnou hygienu.

Griebing (2009) upozorňuje, že mnoho seniorů se snaží snížit příjem tekutin, aby předešli inkontinenci.

## **2.5 Syndrom instability s pády a úrazy**

Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol. (2007) uvádějí, že instabilita je častým symptomem ve stáří. Způsobuje ji zhoršení funkcí, koordinace systému a oslabené prostorové a smyslové vnímání seniora. Zhoršující stav vyvolávají různé přidružené nemoci a některé léky. Člověk se pak cítí slabý a může trpět závratěmi. Nestabilitu a následné pády mohou způsobovat překážky v chůzi, jako je kluzká podlaha, předmět v cestě či nerovný terén. Příčinou bývá neochota seniora používat kompenzační pomůcky.

Po pádu by měl být starý člověk vyšetřen lékařem. Pád může způsobit poruchy zdravotního stavu, které nemusejí být na první pohled viditelné. U seniorů se mnohdy vyskytuje osteoporóza, což znamená, že jejich kosti jsou křehčí, a hrozí tudíž při pádu zlomenina.

Nesprávné složení jídelníčku a nedostatečná hydratace je jednou z příčin špatné stability, pádů a následných úrazů.

Topinková (2010) uvádí, že návyky ve stravování jsou prevencí k jejich předcházení.

Ondrušová (2011) zmiňuje, že pády ve stáří velmi ohrožují seniory, zejména v ústavních zařízeních, kde dochází k vážným úrazům.

## 2.6 Syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti

Pohyb je důležitý v každém věku. S rostoucím věkem pohybových aktivit ubývá, neboť starší lidé nemají tolik sil.

Mlýnková (2011) ve své knize popisuje, že by se to však s aktivitou seniorů nemělo přehánět. Zátěž při pohybové aktivitě by měla být přizpůsobena věku a hlavně svým možnostem. Na prvním místě by člověk měl vždy myslet na šetrnost ke svalům a kloubům. Pro seniory je dobré cvičit vsedě, vleže či vestoje s oporou.

Nedostatečná aktivita se může rozvinout v imobilizaci. Holmerová a kol. (2003) uvádějí, že v tomto případě dochází k úbytku svalové hmoty, což vede k vytvoření dekubitů. Je proto vhodné seniory motivovat k pohybovým aktivitám, neboť zařazení silových tréninků pomáhá k posílení svalstva a mobility.

O syndromu hypomobility Kalvach (2008) píše, že existuje několik jejích příčin. Patří sem fyzické, psychické ale i sociální faktory, nedostatek motivace a vůle k pohybu. Důvodů, proč senioři nechtějí, či nemohou vyvíjet dostatek aktivit, je mnoho. Mnohdy za to může útlum, který způsobují různá léčiva či sarkopenie (svalová slabost).

Ondrušová (2011) uvádí, že hypomobilita je důsledkem nedostatečných pohybových aktivit seniora. Původem může být buď to, že se staršímu člověku nechce nebo z vážných zdravotních důvodů nemůže vykonávat pohyb. Dekondice se projevuje slabostí, dušností, únavou a celkovou nevykonností.

Mezi hlavní příčiny hypomobility, dekondice a svalové slabosti patří:

- onemocnění pohybového aparátu
- bolesti
- poruchy zraku a sluchu
- ztráta motivace
- závratě

Důsledky hypomobility, dekondice a svalové slabosti mohou být:

- imobilizace
- nesoběstačnost a nutná institucionalizace

Aby se předcházelo těmto závažným problémům, je nutná především prevence. Senior by se měl motivovat, povzbuzovat, léčit nemoci včas. Mělo by se mu poskytnout bezpečné prostředí a zajistit kompenzační pomůcky. Hypomobilita, dekonidice a svalová slabost nepatří jen k somatickým geriatrickým syndromům, ale patří i k příčinám sociální izolace. Vystupňovanou hypomobilitou může dojít až k imobilizaci.

## **2.7 Syndrom maladaptace**

Kalvach (2008) uvádí, že nesprávné adaptování člověka se nazývá maladaptace. Pro seniorský věk je tento syndrom velice častý. Patří sem zejména únava, nevykonnost, neschopnost adaptovat se na své stáří, na chronické zatížení a na případnou změnu prostředí. Nejčastěji se to týká seniorů, kteří z důvodu snížené soběstačnosti musejí odejít do rezidenční péče.

Ondrušová (2011) uvádí, že adaptace se odvíjí od toho, zda člověk přichází do instituce dobrovolně či nikoli. Pokud je v instituci nedobrovolně, nastává u něj apatie, agresivita a negativismus. V nejhorším případě může maladaptace vést až ke smrti. Adaptační proces seniora na nové prostředí trvá tři měsíce. V tuto dobu je důležité, aby personál byl v blízkém kontaktu s klientem a jeho rodinou.

Hlaváčová (2003) píše, že senioři prožívají velkou změnu ve svém životě při přechodu z domácího prostředí do určitého zařízení. Ve stáří dochází k horší adaptaci na nové prostředí. Průběh a první dojem ze zařízení je velice důležitý pro staršího člověka. Problémem bývá seniorův strach ze samoty, nemoci a pocitu konečné stanice v zařízení.

Po přechodu do pobytového zařízení je pro klienty zpravidla náročné zvyknout si na místní stravu. V domácím prostředí si většinou sami připravovali pokrmy dle své chuti a s příchodem do nového prostředí jsou odkázáni na jiné zvyklosti. Pro staré lidi, kteří dosud žili osamoceni, a zajišťování stravy pro ně bylo problematické, bývá však naopak pravidelnost a pestrost stravování (v kvalitních zařízeních) vítanou změnou.

### **3 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY STRAVOVÁNÍ SENIORŮ**

Zloch (2008) upozorňuje na fakt, že ve výživě seniorů hrají velkou roli návyky z předešlých let. Strava je z velké části ovlivněna ekonomickými faktory. Senior si mnohdy nemůže kvůli financím dopřát to, co by chtěl. Způsoby stravování jsou také ovlivněny tradicemi, kulturním prostředím, společenským postavením a v neposlední řadě psychickým stavem seniora. Mezi klady psychosociálních aspektů seniorů lze zařadit zejména pobyt ve svém přirozeném prostředí.

#### **3.1 Sociální faktory**

Sociální stáří popisují Čevela a kol. (2012) jako změny sociálních rolí, postojů a potenciálu. Patří sem znevýhodnění, celkový úpadek životní úrovně, ztráta partnera, osamělost z důvodu odchodu dětí, opuštění zaměstnání či ztráta úsilí. Toto období začíná, buď při odchodu ze zaměstnání, nebo při dosažení věku nároku na starobní důchod.

Holmerová (2014) ve své knize uvádí, že předchozí životní styl člověka úzce souvisí s tím, jak se bude ve stáří stravovat. Nevhodné stravovací návyky se těžce předělávají na ty správné. Může to být důsledek osamocení způsobený ztrátou partnera, nesoběstačností či imobilitou. Důležitá je v tomto případě motivace. Nedostatek financí je dalším rizikovým faktorem, který má vliv na dobrou dostupnost stravy. Často se tak stává, že se senior stane závislým na ústavní péči.

Floriánková (2016) řadí mezi hlavní sociální potíže problémy s komunikací či strach z kontaktu s cizími lidmi. Senioři mají pocit, že jim nestojí za to vařit, když jsou osamělí.

Osamělost je jednou z hlavních příčin nesprávného stravování. Ondrušová (2011) uvádí, že velmi záleží na rodinném stavu jedince. Ztráta partnera, vrstevníků či odchod dětí, přináší velkou psychickou zátěž a vytracení jistot. V důsledku toho může nastat sociální izolace. Čevela a kol. (2012) uvádějí, že tito lidé se stávají velmi rizikovou skupinou. Osaměle či v sociální izolaci žije cca čtvrtina seniorů v ČR. Je žádoucí je aktivně vyhledávat a následně jim poskytovat zdravotnickou a sociální péči. Sociální izolace a samota totiž vyvolává nezájem o jídlo a způsobuje celkový snížený příjem potravy.

Malá (2011) v odborném článku píše, že přijímání potravy se stává každodenním rituálem, který má na seniory pozitivní psychický vliv. Se stravováním se pojí zejména relaxace, kontakt se svými blízkými či nějaká společenská událost.

Wilkinson a Marmot (2005) uvádějí, že rozdíly ve stravování lze spatřovat mezi sociálními třídami. Výhodnější materiální podmínky směřují ke kvalitnějšímu stravování. Stravování se však nepojí jen s materiální stránkou, ale také s emocemi člověka. Sociální opora blízkých vyvolává v člověku pocit sounáležitosti a pochopení. Odráží se to na elánu do života, chuti k jídlu a zdraví jedince. Těm, kterým se nedostává sociální opora, trpí a emocionálně strádají. U jedinců nastává sociální izolace, poruchy tělesného a duševního zdraví, se kterým souvisí nechutenství a ztráta zájmu o konzumaci jídla.

Wilkinson a Marmot (2005) píší o několika determinantech zdraví. Jedním z nich jsou socioekonomické podmínky. Může se jednat o nedostatečné vzdělání jedince, nízkou penzi či bydlení v chudé čtvrti. Dalším determinantem je stres, který trvá delší dobu a přispívá tak k předčasnému úmrtí. Sociální vyloučení je dalším ohrožujícím determinantem zdraví. Následné utrpení, které člověka kvůli tomu postihuje, je způsobeno chudobou a diskriminací. Důležitá je sociální opora, která má pozitivní účinky na zdraví jedince i v pokročilém věku. Neméně významná je výživa. Ekonomicky slabší jedinci nahrazují kvalitní a čerstvé potraviny těmi levnými a nekvalitními.

### **3.2 Ekonomické faktory**

Sýkorová a kol. (2014) píší, že senioři se stávají závislími na penzi od státu. Je velmi náročné vyrovnat se se změnami výše příjmu. Většina seniorů má pocit, že penze je nedostatečná a vyvolává u nich pocit chudoby.

Holmerová (2014) uvádí, že nedostatek financí je jedním z klíčových faktorů, proč si senior nemůže dopřát kvalitní a zdravou stravu. Proto si senioři kupují, jak píše Floriánková (2016), potraviny, které mají ve složení více tuku a cukru a naopak obsahují malé množství bílkovin, vlákniny a vitamínů nebo jsou dokonce prošlé, bývají levné a pro seniory dostupnější. Lze ovšem uvařit kvalitně i z levných potravin.

Měsíční příjem seniora je mnohdy medializován, jako nedostatečný vůči jejich životním nákladům. Mezi zásadní rizika, která souvisejí s odchodem do důchodu, patří mimo jiné i nedostatek financí a s tím spojená nižší životní úroveň.

Holmerová, Jurašková a Zikmundová (2007) ve své knize však uvádějí, že ekonomický přínos sice s věkem klesne, avšak nezmezí. I přesto, že velké procento seniorů uvádí, že je pro ně těžké vyžít se svými příjmy, chudí však nejsou.

Ondrušová (2011) píše, že starobní důchod patří mezi základní finanční jistotu seniorů. Pokud starší člověk zůstane sám, bez partnera, nastává velký problém. Z jednoho starobního důchodu si tak musí zajistit bydlení, stravu, léky a další nezbytnosti k žití.

Ti, kteří žijí s partnerem či partnerkou jsou na tom logicky ekonomicky lépe. Usnadní jim to jejich společný příjem financí či hromadné pobírání starobního důchodu. Mají tedy větší volnost ve výběru kvalitních potravin a ke koupi jejich dostatečného množství.

### **3.3 Psychologické faktory ovlivňující stravu seniorů**

Níže popsané psychologické faktory se velkou měrou podílejí na ztrátě motivace k zájmu o vlastní osobu, a tudíž i o zabezpečení kvalitního stravování.

Osobnost člověka můžeme dle Hamera a kol. (2003) definovat jako soubor několika znaků. Patří mezi ně znaky: duševní, emoční, sociální a fyzické. Typické způsoby vystupování a prožívání člověka jsou pro každého individuální výbavou.

Čeledová a kol. (2016) uvádějí, že psychické faktory jsou spojené zejména s typem osobnosti, do jaké míry je jedinec odolný a dokáže se adaptovat na stáří. Nepříznivé bývá, pokud se senior vnímá jako sociálně vyloučený, který nic nezvládne, nechce vyvíjet žádnou aktivitu a jen čeká na smrt.

Ondrušová (2011) píše, že zlomovým bodem ve stáří bývá odchod do důchodu. Někdy to může být pro člověka vysvobození, v opačném případě velká ztráta. Další krizí je ztráta partnera, blízkých osob, propuknutí nemoci nebo stěhování se do institucí.

Ztráta partnera představuje velkou zátěž pro pozůstalého. V tomto případě je dobré vyhledat sociální pomoc například u potomků, blízkých, přátel či sousedů.

Pokud senior onemocní vážnou nemocí Kuzníková (2011) píše, že ji psychicky špatně nese jen nemocný, avšak zasahuje to celou rodinu. Ta by většinou chtěla pomoci, ale v mnoha případech to není možné.

Stěhování či opuštění svého bydliště bývá ve většině případů krizí člověka. Adaptace na nové prostředí někdy trvá mnoho let. Adaptaci popisuje Jandourek (2007, s. 12) jako: „*přizpůsobení jedince okamžité situaci v případě závažné osobní krize nebo v procesu celoživotního přizpůsobování se (socializace)*“. Pokud dochází ke špatné adaptaci, jde o výše zmiňovanou maladaptaci.

Mezi psychické příčiny nedostatečné výživy patří deprese. Čevela a kol. (2012, s. 135) uvádějí, že: „*deprese je chorobný stav, který je třeba odlišovat od smutku všedního*



života.“ U seniorů se vyskytuje velmi často a je doprovázena úzkostí. Způsobují ji životní události a změny činnosti mozku. Mezi nejčastější projevy deprese patří apatie, sebeobviňování, pocit vlastního selhání, prázdnota a dlouhotrvající smutek. Deprese může vyvolávat závratě, bušení srdce a celkově nepřiměřenou bolest.

Floriánková (2016) v knize Zdravý životní styl popisuje přijímání potravy v souvislosti s lidskou psychikou. Pokud pozorujeme, že u seniora došlo ke změně postoje k jídlu, je důležité zaměřit se na možné příčiny, změny v psychice a vyhodnotit, zda jsou naplněny jeho potřeby.

Vágnerová (2007) stanovuje, že mezi psychologické potřeby seniora patří zejména potřeba jistoty a bezpečí. Nutná je pomoc od okolí, nejlépe od nejbližších.

Čevela a kol. (2012) píší, že se na kvalitě života ve stáří podílí vlastní hodnocení životní situace, kterou senior prochází. Prožívá-li radost, potěšení, a zda je schopen plánovat svoji budoucnost. K tomu všemu je podstatná hlavně motivace a vytrvalost.

### **3.4 Fyzické faktory a stravování seniorů**

Stravování seniorů má významný vliv na fyzické změny související se stárnutím organismu. Oproti tomu četné biologické faktory mohou závažně ovlivnit příjem potravy u starého člověka.

#### **3.4.1 Příčiny špatného stravování seniorů**

Malá (2011) v odborném článku představuje faktory ovlivňující výživu seniorů. Mezi stavy, které vedou k poruchám příjmu potravy, patří:

- nechutenství, změna a celkový pokles chuti a změna sekrece slin, záněty slinných žláz - **následkem je pokles příjmu potravy**
- špatný stav chrupu, protéza, infekty dutiny ústní, chirurgická ošetření, onemocnění zubů a dásní - **následkem je defekt mechanického zpracování stravy**
- obtíže s polykáním, refluxní nemoc, vředy - **následkem je porucha přepravy potravy**
- defekt sekrece enzymů trávení, porucha vstřebávání živin, nesnášenlivost některých složek potravy, průjmy, nádory - **následkem je porucha trávení a metabolické změny**

- ledvinová onemocnění - **následkem jsou metabolické změny**
- onemocnění neurologická - **následkem je neschopnost přijímání potravy**
- závislost a imobilita - **následkem je nechutenství a neschopnost manuálních činností**

Dalším nepříznivým faktorem, který ovlivňuje stravování je suchost v ústech. Nejčastěji se projevuje pálením, které může být příčinou diabetu, nedostatku kyseliny listové, železa či alergií. Senior kvůli tomu mnohdy sníží příjem potravy a také tekutin.

### 3.4.2 Důsledky špatného stravování seniorů

Ondrušová (2011, s. 11) píše, že: „*v průběhu lidského života nastává postupné zpomalení většiny regulačních funkcí, snížení adaptačních mechanismů a změna imunitních mechanismů.*“ Mezi hlavní projevy stárnutí patří: atrofie, proměna specializovaných tkání. Ty se proměňují v pojivou či tukovou tkáň. Snižuje se elasticita, což může být důsledkem ubývání vody v organismu.

Nejvýznamnější fyziologické změny, které u seniorů nastávají, jsou:

- svraštění kůže, která ztrácí pružnost, ubývání a slábnutí vlasů a chlupů
- ochabování svalstva, ztráta pružnosti a pevnosti kostí
- snížení kapacity plicní tkáně, snížení elasticity cév, zmenšení hladké svaloviny trávicí trubice a s tím spojené nízké vylučování trávicích šťáv, zpomalení schopnosti vyloučit škodlivé látky z organismu, zmenšení produkce pohlavních hormonů, změna produkce hormonů
- zhoršení sluchu, úbytek smyslových buněk sluchu, slábnutí čichu a chuti, zvýšení hmatového prahu
- fyziologický úbytek mozkové tkáně, snížení hmotnosti mozku, zpomalení psychomotorického tempa

Správnou životosprávou, stravou, fyzickou a psychickou aktivitou lze do jisté míry ovlivnit fyziologické změny.

Svačina (2008) píše, že mezi základní fyziologické potřeby seniorů patří dostatek odpočinku, spánku, tepla a hlavně uspokojení pocitu hladu a pravidelné vyprazdňování.

Petrová (2016) píše, že mezi hlavní fyziologické faktory, které mají špatný vliv, na stravování patří:

- pokles metabolismu
- ztráta dostatečného pohybu
- snížení tělesné vody
- snížení svalové hmoty
- přibývání tukové hmoty

Zmíněné faktory mohou také způsobovat obezitu.

Špatná mobilita a narušená pohyblivost může zapříčinit v tomto věku nesoběstačnost a neschopnost dojít na nákup, či uvařit.

## **4 AKTUÁLNÍ DOKUMENTY**

Čtvrtá kapitola se zaměřuje na dokumenty, které se týkají stáří, stárnutí, podpory zdraví, prevence nemocí a v neposlední řadě správné výživy a stravovacích návyků u seniorů.

### **4.1 Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013-2017**

Dokument vznikl při Ministerstvu práce a sociálních věcí ČR. Obsahem je příprava na stárnutí v České republice. Národní strategie navazuje na předchozí strategii, která byla sepsána na období 2008-2012 s názvem Národní program přípravy na stárnutí. Na tvorbě se podíleli zástupci neziskových organizací, podnikatelských subjektů, krajských a místních samospráv, ministerstva, odborníci z akademické oblasti a sociální partneři. Priority, které byly stanoveny výše uvedenou skupinou, jsou následující:

- celoživotní vzdělávání
- zaměstnávání seniorů
- dobrovolnictví starších osob
- kvalitní, příjemné prostředí pro život seniorů
- mezigenerační dialog
- zdravé stárnutí
- lidská práva starších osob a péče o ně (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012)

### **4.2 Národní strategie Zdraví 2020- Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí**

Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (2014) vymezuje oblasti týkající se zejména na kvality života, principy lepšího zdraví a rovnosti ve zdravotnictví. Je žádoucí, aby systém zdravotnictví byl všem stejně dostupný, co možná nejvíce kvalitní, a aby si byli všichni lidé v tomto ohledu rovni.

Významná je také prevence, osvěta a podpora zdraví. Podporovat zdravý životní styl by se měl primárně v rodině, ve škole, na pracovišti i na dalších místech, kde lidé žijí. S tím

souvisí fakt, že pokud nedochází k prevenci nemocí a nepodporuje se zdraví, zvyšují se náklady na péči ve zdravotnictví. Nejde jen o to, dožít se co nejvyššího věku, ale prožít život co nejdéle ve zdraví.

Obsahem plánu jsou dva strategické cíle:

- Zkvalitnit zdraví obyvatel a redukovat rozdílnosti v oblasti zdraví
- Podpořit roli veřejné správy ve sféře zdraví a přizvat k regulování a rozhodování všechny členy společnosti, sociální skupiny i jedince

Součástí zmiňovaného plánu je příloha Souhrn hodnotící zprávy plnění cílů dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR v letech 2003- 2012.

Obsahuje nejdůležitější oblasti, které se týkají zdraví v ČR:

- Oblast - Diabetes mellitus - se stárnoucí populací úzce souvisí nárůst počtu osob trpících cukrovkou. Častým problémem je, že diabetici nedbají na kontrolu a následnou léčbu.
- Oblast - Invalidita, nemoci svalové a kosterní soustavy - může nastat u člověka, kvůli vážnému onemocnění či úrazu. Dochází tak k nesoběstačnosti. Rehabilitace, která je klíčovou po úrazech, bývá opomíjena.
- Oblast - Rizikové faktory životního stylu, primární prevence - tato oblast zůstává nejpodstatnější. V oblastech výživy a u pohybových aktivit by mělo docházet k neustálé motivaci a edukaci obyvatel. Vytvořením antiobezitogenního prostředí dochází ke zlepšení konzumace zdravé, nutričně vyvážené stravy a k dostatku pohybových aktivit (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014).

V akčním plánu č. 2 - Správná výživa a stravovací návyky populace na období 2015 – 2020 jsou uvedeny rizikové faktory výživy a celkového životního stylu. Onemocnění ze špatných návyků se projeví až po několika letech, a proto je vhodné podporovat prevenci v této oblasti a ovlivňovat co nejvíce obyvatel České republiky. Nutriční intervence si klade za cíl zaměřit se zejména na děti, mladé, ale i na osoby středního věku. Lidé s vyšším věkem mívají naopak potíže s podvýživou.

Akční plán č. 2 se zaměřuje na důležitou osvětu. Nádorová a srdečně cévní onemocnění patří mezi chronické a nejčastější příčiny úmrtí v ČR. Píše se zde, že nesprávnou výživu způsobují zejména:

- nevyváženost stravy z hlediska nutričního a energetického
- příjem soli ve velkém množství
- transmastné kyseliny
- živočišné tuky
- jednoduché cukry
- nedostatek ovoce a zeleniny

Uvedené faktory způsobují nežádoucí nadváhu či obezitu, což může být pro seniory značně omezující.

Obsahem této strategie je mimo jiné 5 klíčových priorit.

- Klíčová priorita 1: Produkce prostředí s žádoucími potravinami.
- Klíčová priorita 2: Pomoc získávání a osvojování si kvalitní výživy a zdravého životního stylu postupem celého života, zvláště u nejvíce zranitelných skupin populace.
- Klíčová priorita 3: Posilování zdravotního režimu v pomoci správné výživy a zdravého životního stylu.
- Klíčová priorita 4: Podpora vedení, sledování, klasifikace a výzkumu správné výživy a nutričního stavu populace ČR a jeho podskupin.
- Klíčová priorita 5: Posílení role veřejné správy ve sféře správné výživy a přizvání k vedení a rozhodování všech složek společnosti a sociálních skupin ČR, produkce komunit a spojení.

Akční plán č. 2 se však opírá o několik dalších plánů a dokumentů. Jsou jimi:

- Akční plán pro potraviny a výživu na léta 2014 - 2020
- Evropská charta proti obezitě

Hlavní vizí plánu je, aby se v horizontu 20 - 30 let předcházelo chronickým neinfekčním onemocněním a předčasnému úmrtí (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015).

## 5 VÝŽIVA SENIORŮ

Pátá kapitola se zaměřuje na stravování seniorů v domácím prostředí a rezidenční péči. Jaké jsou klady a zápory prostředí, kde senior pobývá. Dále je zde popsán nutriční stav starších osob a jeho hodnocení. V kapitole bude představen projekt standardizace nutriční péče a role nutričního terapeuta. Závěrečným bodem budou obecná doporučení pro stravování seniorů.

### 5.1 Stravování seniorů v domácím prostředí

Pobývání v domácím prostředí je pro člověka nejžádanější a nejuspokojivější. Ne vždy je to však možné. Nejpodstatnější je, aby se senior dokázal postarat o sebe a celkový chod domácnosti. Soběstačnost člověka je v tomto případě klíčová, jedná se především o schopnost naplánovat a obstarat nákup, uvařit si, připravit oběd a další nezbytnosti spojené s domácností. Často se stává, že v domácím prostředí pomáhají blízcí seniora. Je to velice záslužná činnost, které by si měl každý vážit. Bývá to náročné jak fyzicky, tak psychicky.

Důležitým faktorem v domácím prostředí je zmiňovaná rodina, která seniorům se s níženou soběstačností chystá stravu. Členové rodiny by měli být edukováni především. Pokud není možné, aby rodina připravovala pokrmy seniorům, je dobré požádat o službu nutričního terapeuta.

Haškovcová (2010) ve své knize píše, že známé domácí prostředí způsobuje seniorům větší psychický klid. Je to tím, že jsou v blízkosti svých známých a určují si svůj denní program.

Pozitivem stravování v domácím prostředí je, že si senior může v kuchyni připravit to, na co má zrovna v ten den chuť a na jakou stravu byl celý život zvyklý. Pojí se s tím také stolování. Je pouze na jedinci, kde bude pokrm konzumovat. Lze tedy sedět u jídelního stolu, zapnout si ke konzumaci televizi, či sedět venku na terase. Zkrátka vytvořit si podmínky, které jedinci vyhovují a umožňují pohodlí a klid. Časové rozplánování stravování dne seniora nestresuje, nají se v moment, kdy pociťuje hlad. Nákup potravin bývá oblíbenou činností seniorů a vyvolává to v nich pocit volnosti. Sami si zvolí, co si koupí a na co mají chuť. Musí mít však dostatek financí a příznivou dostupnost zásobených obchodů. Ze sociálního hlediska je pro seniory radostné, pokud mohou připravit pokrmy pro své blízké. V mnohých rodinách bývá zvykem, že se sejde široká rodina například na nedělní oběd u svých rodičů či prarodičů.

Naopak negativem stravování v domácím prostředí bývá, že se senioři mnohdy ve stravování odbývají. Nejčastěji k tomu dochází, pokud žijí osaměle. Konzumují většinou studené pokrmy nebo jí jeden uvařený pokrm po celý týden. Strava je jednostranná, chudá na základní živiny, minerály a vitamíny, což nijak organismu nepřispívá. Ve stáří se také vytrácí chuť k jídlu, a je časté, že se senior během dne zapomene najíst nebo nekonzumuje pokrmy pravidelně. To má často špatný vliv na jejich zdraví.

Se stravováním se také pojí úklid kuchyně po vaření, mytí nádobí či vynášení odpadků. V tomto případě je tedy důležitá soběstačnost seniora postarat se o celkový chod kuchyně.

## **5.2 Stravování seniorů v rezidenční péči**

Stravování seniorů v rezidenční péči může mít svá pro a proti. Pravidelnost a přizpůsobení aktuálnímu dietnímu režimu klienta je velkou výhodou.

Mezi klady psychosociálních aspektů, lze zařadit odbornou personální péči, která je neustále v dosahu.

Schuler a Oster (2009) uvádějí, že by měly být vytvořené podmínky pro klidné stravování seniorů v rezidenční péči. Myslí se tím prostředím, možnost najíst se u stolu, mít na jídlo dost času, případně pomoci s rozbalováním potravin a dopomoci s příborem. V neposlední řadě povzbuzování k dostatečné hydrataci a chuti k jídlu.

Mnohdy se však stává, že senior není schopen docházet do jídelny a je odkázán se stravovat na lůžku. Buď se zvládne najíst sám, nebo dopomůže personál.

Pichaud, Thareau (1998) píše, že při stolování o samotě, člověk pociťuje nedostatek kontaktu se svými blízkými. V ten moment si senioři uvědomují plně svoji samotu, a tak je pro ně těžké žít s radostí.

Dalším úskalím je, že senior, který jen leží či sedí, nevydá dostatek energie, tudíž nemá potřebu sníst tolik, jako člověk, který se pohybuje a vynakládá větší fyzickou zátěž. Tito klienti bývají slabí a unavení.

Pichaud, Thareau (1998) dále zmiňují, že pokud je strava do rezidenční péče dovážena, vytrácí se vůně z kuchyně a senioři přicházejí o vzpomínky na to, když si jídlo připravovali sami.

Oproti domácí péči je výhodou, že v rezidenční péči se vaří dle tabulek, které jsou závazné pro daný domov. Seniorům se díky tomu dostává kvalitní a vyvážená strava.



Pichaud a Thareau (1998) měli spoustu zkušeností s průběhem stravování v domovech pro seniory. Všimli si, že senioři dávají přednost vařeným jídlům a pokrmům z brambor na všechny způsoby. Připomínají jim stravu, kterou si vařili ve svých domácnostech. Mezi oblíbená patří sladká jídla.

Aby bylo stravování co nejpříjemnější v domovech pro seniory, Holmerová, Jurašková a Zikmundová (2007) uvádějí několik bodů:

- seniory při jídle nevyrušovat a nechat jim dostatek času, který potřebují
- dopomoc při jídle a pití od personálu
- návyky ve stravování a stolování
- kulturní zvyklosti nechat zachované
- probírat s klienty jídelníček
- dát možnost klientům, aby se mohli účastnit přípravy vaření a stolování

### **5.3 Nutriční stav seniorů a jeho hodnocení**

Voleková a kol. (2008) píší, že při hodnocení nutričního stavu se bere ohled primárně na malnutrici.

Kalvach a kol. (2008) zmiňují, že při hodnocení stavu pacienta je podstatná nutriční anamnéza. Mezi základní informace patří:

- jak velký je výkyv v hmotnosti. (za riziko je považováno, poklesnutí o více než 5%)
- za jaký čas došlo k poklesu váhy. Příčinou mohou být zdravotní problémy (průjem, dysfagie, apod.)
- zvyklosti ve stravě (složení, obsah, dieta)
- chutě (jak často senior jí, jak dlouho zůstane nasycen)
- psychosociální situace, které vyvolávají stres (zejména rodinné problémy)

Sobotka (2004) ve své knize popisuje, že by nemělo být opomíjeno sepsání nutričního screeningu. Ten vyhodnotí, jaký je nutriční stav pacienta. Kalvach a kol. (2008) uvádějí 3 nejpoužívanější dotazníky.

Patří sem:

- stručný základní dotazník ke zjištění rizika malnutrice
- Nottinghamský screeningový dotazník- více se provádí v ústavech a nemocnicích
- Mini Nutritional Assesment (MNA) - Pokorná (2013) píše, že se využívá pro odhalení rizika malnutrice a slouží především pro ambulantní screening, zajišťuje přesnější hodnocení rizika či stavu malnutrice

Malá (2011) se v odborném článku zabývá dotazníkem MNA. Píše, že se v něm posuzují základní aktivity, jako je:

- mobilita
- psychická zátěž a obtíže
- změna chuti k jídlu a hmotnosti

Mezi další faktory patří:

- kde pacient žije
- kolik užívá léků
- zda se u něj objevují dekubity
- jaká je jeho skladba stravy
- kolik přijímá tekutin
- jak hodnotí vlastní stav výživy

## **5.4 Projekt standardizace nutriční péče**

Jarošová a kol. (2011) vytvořili šetření, jehož cílem bylo zjistit, jaký efekt a vliv má brzké zavedení nutriční péče na výživu, malnutrici u seniorů a jejich soběstačnost.

Nutriční stav seniorů nebývá nejlepší a podvýživa je jeho hlavní příčinou. Pokud se na malnutrici u osob přijde včas, lze tak předejít zhoršené výkonnosti, komplikacím ve zdraví a předčasnému úmrtí. V článku je uvedeno, že v ČR je celkem asi 600 domovů pro seniory. Hodnocení nutričního stavu a nutriční péči provádí jen minimum z nich.

Na projektu standardizace domovů pro seniory se podílely týmy, které řídila vrchní sestra. Domovy, které uspěly, obdržely certifikát o kvalitní nutriční péči ve všech ohledech. Kvalita životů seniorů je v těchto institucích na vysoké úrovni.

Ještě než se začalo s aplikací standardizace v domovech pro seniory, nemocnice pro ně připravovaly dietní systémy. Dietní plány nebyly sestavovány pro každého klienta zvlášť. Nyní nutriční terapeut provádí u seniorů nutriční screening a je ve spojení s ošetřujícím lékařem, zpracovává návrh nutriční péče. Těm lidem, u kterých je zjištěna malnutrice, se přidávají doplňky stravy. Tým, ve kterém je lékař, vedoucí ošetřovatel, nutriční terapeut a všeobecná sestra, kontrolují a vyhodnocují každý měsíc stav výživy daného klienta (Jarošová a kol. 2011).

### **Pilotní šetření**

Do zmiňovaného šetření se zapojilo celkem 56 seniorů, kteří podstoupili test. U všech byla potvrzena malnutrice. Posuzován byl stav výživy, soběstačnost a hodnota krevní bílkoviny.

Metodikou šetření byl dotazník Mini nutritional assessment (MNA), který se zaměřuje na několik okruhů. Prvním je antropometrické měření. Zahrnuje klientovu hmotnost, výšku, obvody lýtek, paží a úbytek hmotnosti. Druhým okruhem je zaměření se na celkové hodnocení soběstačnosti, mobility, akutního onemocnění, kožních defektů, přítomného psychického stresu, užívání léků, ale i psychiatrická onemocnění. Třetím okruhem jsou dotazy týkající se stravování a návyky v dietě. Jaká je schopnost, aby se dotyčný najedl sám, a jaké konzumuje potraviny a pije tekutiny. Posledním okruhem je zhodnocení vlastního zdraví a stavu výživy.

Další metodikou bylo testování vývoje soběstačnosti (TVS). Zde se vyhodnocovaly běžné lidské činnosti jako je pohyblivost, spánek a odpočinek, osobní hygiena, výživa, verbální komunikace, vyměšování stolice a moči, vědomí a orientace a v neposlední řadě oblékání a svlékání.

Poslední metodikou bylo měření krevní bílkoviny, které přinese nejlepší informace o stavu výživy organismu a jak moc je onemocnění člověka závažné.

Výsledky prokázaly rozdíly po zahájení nutriční péče. Konkrétně při zvládání osobní hygieny, odpočinku, spánku a verbální komunikaci. Stav výživy a hodnota krevní bílkoviny neprokázaly výrazné odchylky v měření.

Závěrem lze říci, že předčasnému úmrtí lze zabránit brzkým zahájením nutriční intervence. Zlepší se tím kvalita života a náklady na léčbu nebudou tak vysoké. Standardizace nutriční péče je výhodná nejen pro instituce, ale hlavně pro klienty. Dojde tak ke zvýšení celkové kvality života v institucích.

#### **5.4.1 Nutriční terapeut**

Malíková (2011) uvádí, že jídelní lístek, v pobytových zařízeních, má na starost zprvu nutriční terapeut. Je vhodné, aby spolupracoval s praktickým lékařem a v neposlední řadě s vrchní sestrou. Existují pravidla a předpisy, co má jídelníček splňovat. Často se připravují jídelníčky dle diet, které mají klienti předepsané. Patří sem zejména racionální strava, diabetická a šetrící dieta. Klienti mohou mít zavedenou sondu. I jim je třeba zajistit kvalitní stravu. Nesmí se také opomenout pitný režim (dostatečné množství a správné načasování).

Starnovská (2018) v článku píše o Standardizaci nutriční péče v Domovech pro seniory. Projekt byl zahájen v roce 2005, cílem bylo nastavení celkové výživy klientů a zhodnocení standardizované nutriční péče. Na počátku se do projektu zapojily tři domovy pro seniory. V roce 2016 rapidně vzrostl zájem o participaci na projektu. Standardizace má 4 moduly:

- modul - rozpoznání nutričních rizik
- modul - stravovací provoz
- modul - nutriční péče o uživatele
- modul - standardizace nutriční péče

Za každý splněný modul získala instituce ocenění. Tým, který byl součástí realizace projektu, byl složen z ředitele, koordinátora týmu a nutričního terapeuta.

Výsledkem standardizace je:

- odpovídající uspokojení výživy uživatelů
- pozitivní ovlivnění nutričního stavu a zvýšení kvality poskytovaných služeb, díky systematizaci nutriční péče
- záruka odborné správnosti skrze zdokumentované postupy
- stávající zdroje jsou díky standardizaci efektivnější

O celkovou organizaci a financování projektu se postarala firma Nutricia (Starnovská 2018).

## **5.5 Obecná doporučení pro stravování seniorů**

Nelze jednotně říci, jaká strava je nejlepší pro seniory, neboť se každý jedinec liší svojí stavbou těla, zdravotním stavem, věkem či fyzickou aktivitou. Pestrost, příjem, rovný výdej a zastoupení všech potravinových složek jsou pro kvalitní stravování nezbytností.

Floriánková (2016) ve své knize uvádí, že určitá doporučení lze nastavit u lidí, kterým je okolo šedesáti let či více. Musí se ovšem brát v úvahu postava, zdravotní stav a další specifika jedince.

Mezi zásady správného stravování patří pravidelnost podávané stravy a menší porce. Ovoce a zelenina by měla zařazovat ke každému chodu po celý den. Tučky je nutné vybírat pečlivě, přednost by měla dávat těm nenasyceným. Mezi nenasycené tučky patří zejména ryby. Vhodné je omezit nadměrné množství cukru a naopak přidat vlákninu, bílkoviny, vitamíny a minerální látky. Kohout (2010) píše, že dostatek bílkovin je jednou z nejdůležitějších složek ve stravě. S rostoucím věkem je kladen důraz na zvýšení jejich příjmu. Nejvhodnějšími potravinami je maso, vejce, mléko a mléčné výrobky. Vitamíny představují neméně významnou složku pro organismus člověka. Patří sem zejména vitamín C, E a beta- karoten. Pokud ve stravě chybí železo, zinek či vápník, je dobré konzultovat jejich náhradu s lékařem. Seniorům je doporučena přírodní úprava potravin, neboť je přijatelnější, než smažení na tuku. V neposlední řadě se nesmí zapomínat na samotnou kulturu stolování, dostatečný a pestrý výběr pokrmů.

Při státním zdravotním ústavu vznikl projekt, který nese název „Lékárna na talíři“. Má sloužit především těm, kteří se věnují sociální péči a seniorům. Je zaměřen na kvalitní výživu a její doporučení pro osoby vyššího věku. Lidé nad 65 let by měli do roku 2020 mít možnost účastnit se aktivního života ve společnosti a využívat tak svojí zdravotní kapacitu. Bylo k němu vypsáno několik základních bodů:

- pestrost, dostatečná upravenost, plná chuť, přiměřená kořeněnost
- zařazení ovoce a zeleniny
- denní zařazení mléka, sýrů, tvarohů a dalších mléčných výrobků
- servírování libového masa jedenkrát denně

- dopřání si příloh (luštěniny, obiloviny) a vybírání spíše žitného pečiva
- 3-4 x týdně konzumování vajec (obsahují lehce stravitelné bílkoviny)
- vyhýbání se zákuskům, dortům a dalším pochutinám obsahujícím cukr
- dodržování pitného režimu, zejména pitné vody, nejrůznějších čajů, málo slazených džusů

Častým problémem je špatný stav chrupu seniorů. Je potřeba přizpůsobit k danému stavu i konzistenci stravy. Ořechy, semínka a například celozrnné pečivo se v jídelníčku seniora vyskytuje minimálně. Zdravé tuky je vhodné přijímat z jiných snadno stravitelných potravin. Do jídelníčku by se měly zařadit zejména ryby, sýry, máslo, olej a například avokádo, které není mezi seniory tak známé. Faktem je, že starší lidé neradi zařazují do svého jídelníčku nové potraviny (Pavlíčková, Kernová, 2006).

## 6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření je zaměřeno na seniory z rezidenční péče a z domácího prostředí. Zvolila jsme kvantitativní metodu šetření a sestavila vlastní dotazník.

### 6.1 Charakteristika souboru

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na stravování seniorů v institucionální péči a domácím prostředí. Konkrétně byl výzkum realizován v Domově seniorů ANNA v Českém Brodě se seniory, kteří zde žijí, a zároveň přirozeném domácím prostředí se seniory, kteří žijí také v tomto městě. Domov ANNA byl pro výzkum zvolen z důvodu dlouhodobé spolupráce a absolvování praxe, která byla nezbytná pro dokončení druhého ročníku magisterského studia. V průběhu roku 2018 – 2019 proběhl sběr nejrozličnějších materiálů a poznatků o celém systému fungování v tomto zařízení. Nabytí dalších vědomostí proběhlo především formou besed o zdravém životním stylu, které se v Domově ANNA pravidelně konají. Přednášek se dobrovolně účastnilo vždy několik desítek seniorů. Zaměření bylo především na prevenci a edukaci o zdravém stravování. Závěrečná diskuse se vždy protáhla o několik desítek minut, protože klienti měli nespočet otázek. Seniorů ohrožených malnutricí a dalšími zdravotními obtížemi, které jsou způsobené právě nevhodnou stravou, je však nespočet. I z toho důvodu by bylo dobré více edukovat nejen pracovníky institucí a pečovatele, ale také klienty o zdravém životním stylu.

V roce 2017 proběhlo v Domově ANNA dotazníkové šetření spokojenosti mezi seniory, které realizovala paní ředitelka. Celkem se ho účastnilo 66 respondentů. Otázky byly z různých oblastí. Všechny se však přímo týkaly organizace. Jedna z otázek se zaměřovala na stravování: „Jak jste spokojeni s pracovníky kuchyně a stravou obecně?“ Odpovědi byly vyhodnoceny. Senioři reagovali na místní stravu rozpačitě, prý je někdy dobrá, někdy horší. Co by však klienti uvítali, jsou méně mastná jídla a více ochucená. Objevily se odpovědi typu: „Nechceme experimenty, chceme česká jídla“. Brambory, knedlíky, těstoviny a rýže jsou žádanější než kuskus, bulgur, jáhly a podobná novodobá jídla. Klienti si rádi, dle vyjádření paní ředitelky, postěžují i na personál kuchyně. Mají pocit, že polévky jsou pro ně chudší a vodovější než ty, které dostává personál v domově.

Jaký pohled mají na stravování senioři v současné době, bylo předmětem výzkumu této diplomové práce.

## **6.2 Obecné informace o Domově ANNA**

Domov seniorů ANNA je příspěvkovou organizací a má tři registrované sociální služby. Patří sem domov pro seniory, pečovatelská služba a denní stacionář pro seniory. Budova je bezbariérová, jsou v ní tři výtahy a klienti mají možnost vyjít na zahradu, která je součástí komplexu. V Domově je celkem 59 pokojů a 100 míst pro seniory. Cílovou skupinou jsou senioři, kteří mají sníženou soběstačnost. Pobývají zde ti, kterým hrozí sociální vyloučení či opuštění. Klientům je poskytnuta péče, dohled a pomoc při zvládání běžných denních úkonů, které by sami doma nezvládli. Cílem tohoto pobytového zařízení je, aby senioři žili důstojně a v bezpečí. Mezi další cíle lze zařadit:

- zvyšování kvality péče
- zlepšování prostředí, kde se klienti pohybují
- podporování dobrovolnictví
- snaha o stabilní finanční zajištění celé organizace

Domov má své střednědobé cíle na rok 2016 - 2020. Priority organizace jsou:

- zkvalitnění individuálního plánování služeb, jež je určený pro klienty
- zajištění kvalitního školení pro zaměstnance
- rozšíření ergoterapie a aktivizace, která je klientům poskytována
- zajištění větší bezpečnosti
- zařazení do programu více českobrodských akcí

Mezi služby, které Domov ANNA poskytuje, patří ošetrovatelská péče, 24 hodinová péče a pomoc při zvládání běžných úkonů. Další službou je zdravotní péče. Praktická lékařka dochází do Domova každé úterý a spolupracuje se šesti zdravotními sestrami, které jsou na pracovišti nepřetržitě a poskytují klientům odbornou péči. Senioři mohou také v Domově využít rehabilitaci, která je poskytována bezplatně. Je vykonávána buď na pokojích, nebo v prostorách přímo určených pro rehabilitaci.

Dále Domov poskytuje obyvatelům služby typu praní, žehlení a úklid. Za služby klienti platí v rámci úhrady za pobyt.

Stravování je připravováno přímo v kuchyni tohoto Domova. Klienti mají zajištěnou stravu po celý den, snídani, přesnídávku, oběd, svačinu a večeři. Nepřetržitě mají dostupný



také slazený nebo neslazený čaj. Dle zdravotních potíží seniora je mu poskytnuta buď žlučnicková, nebo diabetická dieta. Ti, kteří nemohou navštěvovat prostory jídelny, mají stravu dováženou přímo na pokoj v termoboxech. Rozpočet za celodenní stravování se odvíjí od toho, zda je klientovi doporučena určitá strava. Za normální stravu zaplatí 162,- Kč/den, za žlučnickovou dietu také 162,- Kč/den a pokud se jedná o diabetickou dietu, hradí 170,- Kč/den.

Součástí organizace je malý obchůdek s balenými potravinami, nápoji a hygienickými potřebami, kde si klienti mohou nakoupit dle svých potřeb.

Paní kadeřnice a pedikérka dochází za klienty pravidelně každý měsíc. Vybrané služby si platí každý sám ze svého rozpočtu.

Domov ANNA nabízí čtyřlůžkové, trojlůžkové, dvoulůžkové a jednolůžkové pokoje. Cena za ubytování se pohybuje od 170,- Kč/den do 210,- Kč/den (Domov ANNA Český Brod, 2013).

### **6.3 Cíle výzkumného šetření**

Toto šetření je svou povahou kvantitativního charakteru a neklade si za cíl vyhodnocovat zjištěná data vědeckými metodami.

#### **Cíle práce**

- Zjistit, jestli je kvalitnější (pestřejší a vyváženější) strava seniorů v rezidenční péči nebo starších osob, které žijí ve vlastním prostředí.
- Zjistit, jestli lze považovat stravu seniorů za rozmanitou, a nakolik je jejich stravování limitováno zdravotními obtížemi.
- Zjistit, jak ovlivňují kvalitu stravování seniorů psychické, sociální a ekonomické faktory.
- Zjistit, do jaké míry jsou senioři spokojeni se svým stravováním.

## 6.4 Metody šetření, sběru a zpracování dat

Zvolila jsem metodu kvantitativního výzkumného šetření pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku (viz příloha 1). Dotazník obsahoval 23 otázek pro seniory z rezidenční péče a domácího prostředí. Senioři z domácího prostředí měli jednu otázku navíc.

Dotazník byl rozdělen na 4 oddíly: rozmanitost stravy, limity ve stravování, spokojenost se stravou a faktory ovlivňující stravování. Z toho tvořilo 5 otevřených, 7 polootevřených a 12 uzavřených otázek.

Výzkumné šetření proběhlo v Domově ANNA v pátek 8. 2. 2019, kde byla po předchozí domluvě sjednána schůzka s paní ředitelkou. Předmětem jednání bylo nastavení postupu výzkumného šetření. Kvůli nepřítomnosti sociální pracovnice, jež měla být při realizaci výzkumného šetření k dispozici, bylo domluveno, že se dotazování uskuteční v pondělí následující týden.

Úkol sociální pracovnice byl seznámit předem klienta na pokoji s plánovanou akcí. Senior byl dotázán, zdali má zájem se výzkumného šetření anonymně zúčastnit. Z 34 dotazovaných osob odmítli čtyři senioři. Dotazování bylo rozloženo do dvou dnů. Vyplnění jednoho dotazníku s klientem trvalo cca 10 minut. Mnohdy se však stávalo, že se dotazování na pokoji protáhlo. Někteří senioři byli rádi, že za nimi přišel někdo nový, a chtěli si alespoň chvíli popovídat. Nejčastěji se dotazování protáhlo právě ve chvíli, kdy došlo na otázku ohledně toho, zda si dokupují potraviny v obchodě. Většina klientů začala vzpomínat na své děti a vnoučata, kteří jim kupují pochutiny a do Domova je donáší.

Dalším postřehem bylo, že více jak polovina dotazovaných hovořila o kavárničce, která se v Domově koná každý týden. Středa je ten den, kdy se většina klientů setká v jídelně, popijí společně kávu a k tomu snědí řez dortu.

Dotazování seniorů z domácího prostředí probíhalo ve stejném období jako v rezidenční péči. Účastníky byli obyvatelé Českého Brodu. Z 30 dotazovaných bylo celkem 25 seniorů mými známými. U zbývajících deseti probíhalo šetření následovně. Nejprve bylo nutno vytipovat v okolí domy, kde senioři žijí. To probíhalo tak, že byly vedeny rozhovory s rodinnými přáteli a známými. Cesta poté směřovala k vytipovanému, kde po zazvonění a otevření domovních dveří byl senior dotázán, zda by bylo možné provést dotazník, který se týká stravování seniorů a je určený k diplomové práci. Z patnácti dotazovaných odpovědělo celkem 5. U mnohých byla zpozorována obava a strach z neznámého člověka

a nezájem o sdělování informací. Dotazování u těchto lidí probíhalo předáním dotazníku do rukou seniora a následná domluva, kdy by bylo vhodné se pro vyplněný dotazník vyzvednout. Na sběr vyplněných dotazníků byly vymezeny dva dny.

Sumarizace vyplněných dotazníků proběhla v počítačovém programu Excel. Získané výsledky byly zpracovány, podrobeny analýze a pro přehlednost zobrazeny v grafech. Odpovědi na otevřené a polootevřené otázky byly vypsány. Interpretace jednotlivých odpovědí na otázky z dotazníku se nachází vždy pod každým grafem.

## 6.5 Operacionalizace

Reichel (2009, s. 60) píše, že operacionalizace je: „*proces převodu pojmů na zkoumatelné ukazatele.*“ Jde o rozpracování hlavní výzkumné otázky na tazatelské a dílčí výzkumné otázky.

V diplomové práci jsou definovány následující hypotézy:

**Hypotéza 1** - Kvalitnější (pestřejší a vyváženější) stravu mají senioři v rezidenční péči oproti seniorům, kteří žijí ve vlastním prostředí.

**Hypotéza 2** - U většiny seniorů ve vlastním prostředí i v rezidenční péči ovlivňují kvalitu jejich stravování psychosociální a ekonomické faktory.

### Hlavní hypotézy

**Hypotéza 1** - Kvalitnější (pestřejší a vyváženější) stravu mají senioři v rezidenční péči oproti seniorům, kteří žijí ve vlastním prostředí.

### Dílčí otázka číslo 1

- Lze považovat stravu seniorů za rozmanitou?

### Tazatelské otázky

1. Kolik porcí jídla sníte za den?
2. Kolik kusů ovoce sníte za den?
3. Kolik porcí zeleniny sníte za den?
4. Jak často konzumujete mléčné výrobky (mléko, sýry, tvaroh, jogurty, atd.)?
5. Jak často konzumujete maso?

6. Kolik přibližně litrů tekutin vypijete za den?

7. Užíváte doplňky stravy?

### **Dílčí otázka číslo 2**

- Je stravování seniorů limitováno zdravotními obtížemi?

### **Tazatelské otázky**

8. Dodržujete nějakou dietu pro zdravotní obtíže? (diabetickou, žlučnickovou, s omezením tuků, kašovitou, jinou)

9. Jaké jídlo Vám dělá zdravotní obtíže? (nevolnost, průjem, nadýmání)

**Hypotéza 2** - U většiny seniorů ve vlastním prostředí i v rezidenční péči ovlivňují kvalitu jejich stravování psychosociální a ekonomické faktory.

### **Dílčí otázka číslo 3**

- Nakolik jsou senioři spokojeni se svým stravováním?

### **Tazatelské otázky**

10. Jíte rád/ráda?

11. Chutnají Vám novodobá jídla? (bulgur, šmakoun, tofu)

12. Uvítal/a byste je v jídelníčku častěji?

13. Jaké jídlo nemáte rád/a?

14. Jaké jídlo máte nejraději?

15. Máte dostatečný výběr jídel?

### **Dílčí otázka číslo 4**

- Jak finance ovlivňují stravování seniorů?

### **Tazatelské otázky**

16. Máte dostatek peněz na jídlo/ na dokupování potravin?

17. Kupujete si v obchodech potraviny typu pochutiny, sladkosti, slané?

18. Co si nejčastěji dokupujete?

19. Co je pro Vás rozhodující při koupi potravin obecně?

### **Dílčí otázka číslo 5**

- Jaké další faktory souvisejí se stravováním seniorů?

#### **Tazatelské otázky**

20. Jste schopný/á najíst se sám?

21. Jíte sám/sama; s rodinou;

22. Stravujete se každý den ve stejný čas?

23. Ovlivňují některé uvedené faktory Vaše stravovací zvyklosti?

Pro seniory z domácího prostředí

24. Kdo Vám zajišťuje stravu během dne?

### **6.6 Etické zásady**

Při samotném dotazování byli všichni klienti seznámeni s cílem šetření a s tématem diplomové práce. Dále bylo seniorům sděleno, že se jedná o anonymní dotazník. Volbou cílového respondenta bylo, zdali svolí k samotnému dotazování a zpracování dat. Domácí prostředí není blíže specifikováno.

### **6.7 Limity šetření**

Za limity šetření lze považovat, že stravování seniorů a jejich psychosociální důsledky jsou zaměřené pouze na jednu instituci. Výsledky tedy slouží k dokreslení teoretických poznatků a nelze je zobecňovat.

Dalším limitem byl počet schopných klientů k vyplnění dotazníku. V pobytovém zařízení je celkem 100 klientů, ale byla jsem předem obeznámena s tím, že maximálně 35 klientů bude v závěru schopno odpovídat na předložený dotazník.

Jisté omezení bylo také v tom, že na pokoj jsem byla vždy uvedena sociální pracovníci. Paní ředitelka Domova ANNA si nepřála, abych navštěvovala jednotlivé pokoje sama. Jejím argumentem bylo, že by senioři mohli mít strach, proč je s nimi přítomen neznámý člověk. Jak je uvedeno výše, klienty se mnou obcházela sociální pracovníce. Získávání odpovědí na otázky z dotazníku bylo v Domově ANNA časově mnohem náročnější, než od seniorů z domácího prostředí.

Úskalí při dotazování seniorů z domácího prostředí byla má nepřítomnost, při jejich vyplňování dotazníku, jako u seniorů z rezidenční péče.

Seniory z domácího prostředí jsem si vybrala k dotazování sama. Většinu z nich osobně znám. Za limit je považováno tedy také to, že se do vzorku nedostali senioři, kteří žijí na okraji společnosti anebo ti, kteří jsou sociálně izolovaní.

Odpovědi seniorů, jak z rezidenční péče, tak z domácího prostředí mohou být ovlivněny aktuální náladou, psychickým stavem či aktuálním ekonomickým stavem.

Dalším limitem je nezjištěné BMI klientů. Není známo, jak jsou na tom senioři s indikátorem podváhy, normální váhy, nadváhy a obezity.

## 6.8 Výsledky šetření

Obsahem této kapitoly je znázornění výsledků, které vyplynuly z otázek dotazníků vyplňovaných seniory. Většina výsledků je vyobrazena prostřednictvím grafů. Zbylé výpovědi seniorů jsou okomentovány slovně.

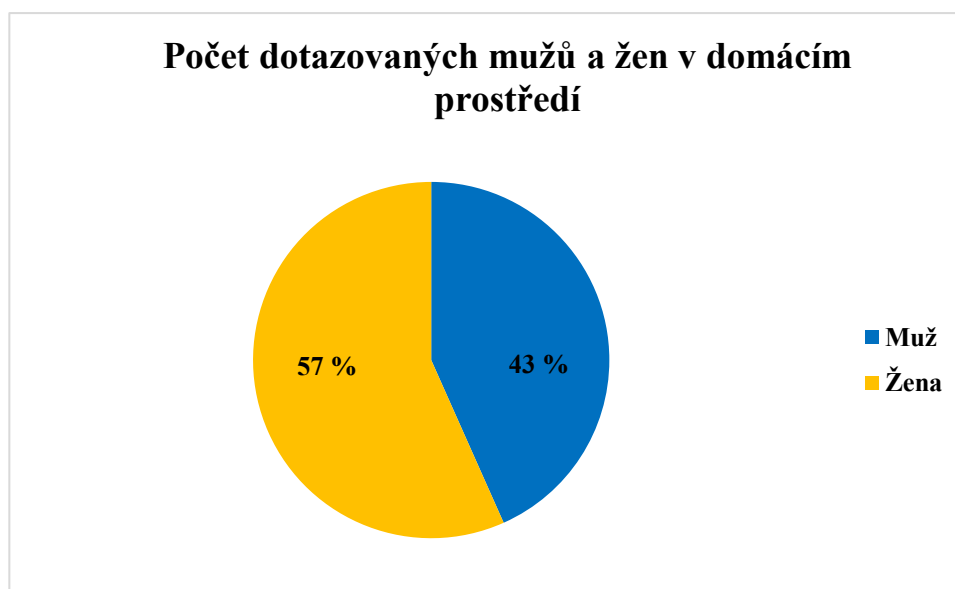
Následující 2 grafy se zaměřují na celkový poměr mužů a žen, jak z rezidenční péče, tak z domácího prostředí. Celkově se tohoto šetření účastnilo 60 seniorů ve věku od 65 - 95 let.



**Obr. 1** - Počet dotazovaných mužů a žen v rezidenční péči

*Zdroj: vlastní*

**Interpretace:** V rezidenční péči odpovídalo na otázky z dotazníku celkem 30 seniorů. Z toho 18 žen (60 %) a 12 mužů (40 %).



**Obr. 2 - Počet dotazovaných mužů a žen v domácím prostředí**

*Zdroj: vlastní*

**Interpretace:** V domácím prostředí odpovídalo na otázky také celkem 30 seniorů. Poměr mužů a žen se u obou skupin téměř shoduje. Ke stravování se vyjádřilo 17 žen (**57 %**) a 13 mužů (**43 %**).

*Tabulka 1 – Počet mužů a žen dotazovaných v rezidenční a domácí péči*

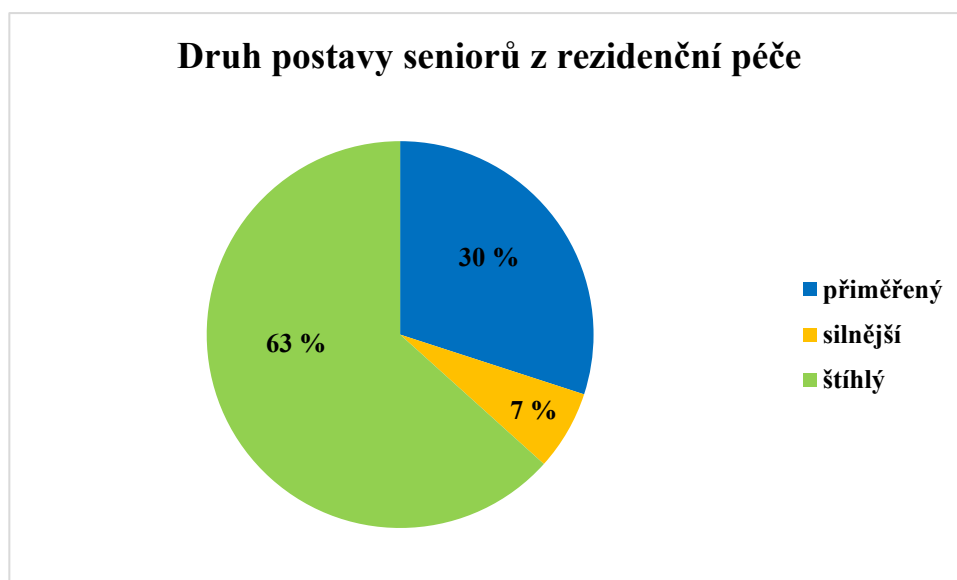
	Rezidenční péče	Domácí prostředí
Muž	12	13
Žena	18	17
Celkem	60	

*Zdroj: vlastní*

V obou případech, tedy jak v rezidenční péči, tak v domácím prostředí odpovídalo více žen než mužů. Ondrušová (2011) píše, že starých žen stále přibývá. Muži se dožívají nižšího věku než ženy, proto je ženská populace starší než mužská. Ženy ve stáří mnohdy žijí bez partnera. Dožívají se sice vyššího věku, ale mívají horší funkční a zdravotní stav. Dostávají se do sociální izolace a jsou ve většině případů odkázány na institucionální péči.

Výběr vzorku byl zcela náhodný. Dotazníkového šetření se zúčastnili seniori ve věku od 65- 95 let.

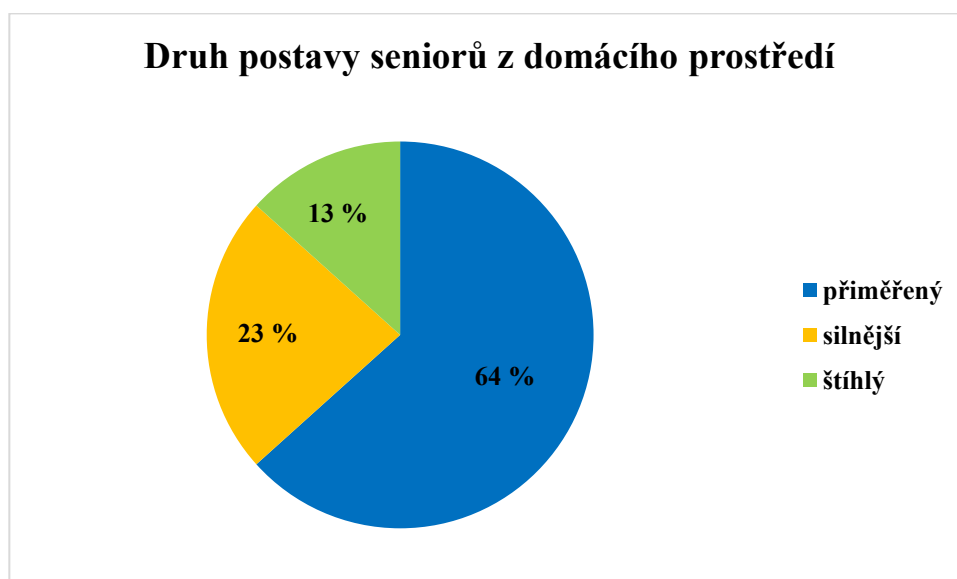
Všech 30 seniorů z rezidenční péče žije bez partnera o samotě. Celkem 10 seniorů (**33 %**) z domácí péče žije s partnerem, 5 respondentů (**17 %**) s rodinou a 15 jedinců (**50 %**) pobývá v domácím prostředí samo.



**Obr. 3 - Druh postavy z rezidenční péče**

*Zdroj: vlastní*

**Interpretace:** Nejčtenější zastoupení druhu postavy seniorů z rezidenční péče je štíhlá postava. Z 30 dotazovaných ji takto označilo 19 osob (**63 %**). Může to být způsobeno malnutricí, která je pro seniorský věk typická. Příčinou však může být také nechutenství, samota či genetická dispozice. Přiměřenou postavu má dle vlastního názoru celkem 9 osob (**30 %**) a pouze 2 respondenti (**7 %**) jsou silnější. Pozitivní je, že silnou postavou disponuje minimum z dotazovaných seniorů.



**Obr. 4 - Druh postavy z domácího prostředí**

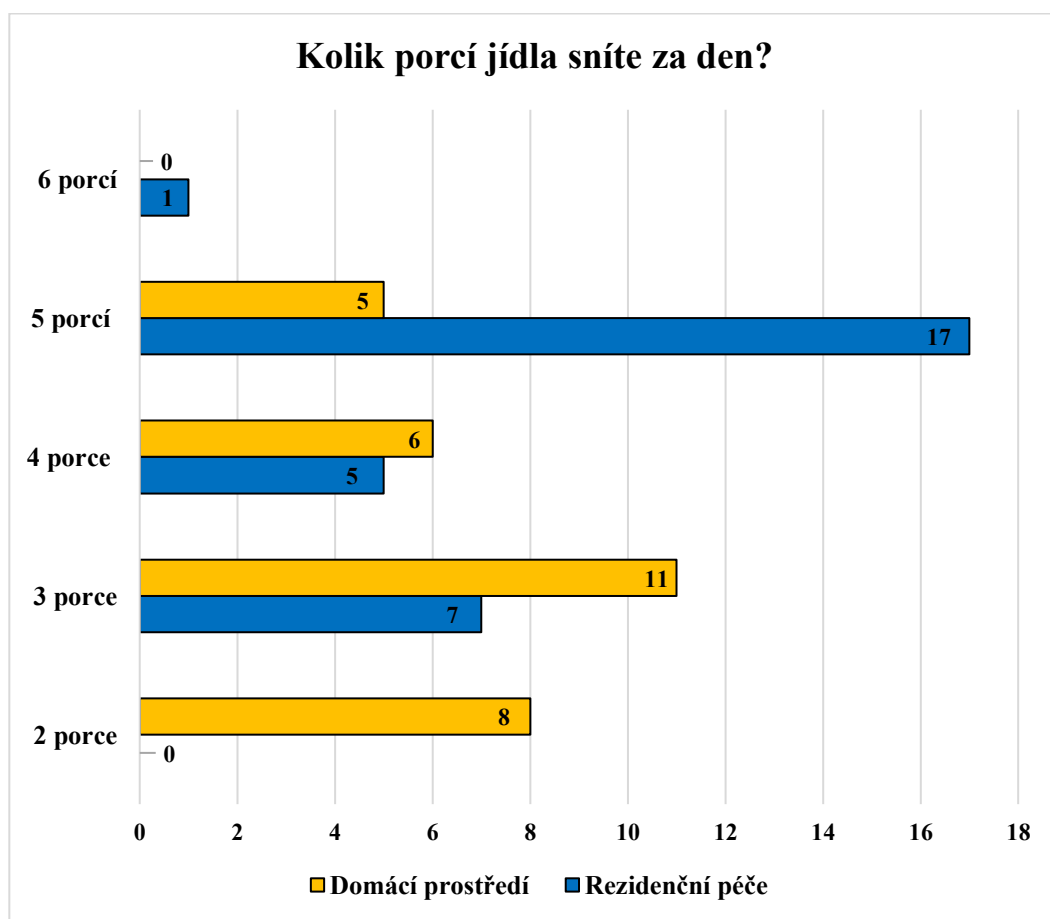
*Zdroj: vlastní*

**Interpretace:** Dotazovaní senioři v domácím prostředí jsou na tom s druhem postavy jinak. Jen 4 respondenti (**13 %**) uvedli, že mají štíhlou postavu, 19 osob (**64 %**) má



přiměřenou a 7 jedinců (**23 %**) silnější. Nelze fakticky říct, že si senioři z domácího prostředí více dopřávají, co se jídla týče. Může to být způsobeno nepravidelností konzumace jídel, větší míra používání soli, pití sladkých nápojů nebo tím, že si dopřejí více jídla. V rezidenční péči pobývají většinou senioři, kteří mají více zdravotních obtíží, jsou na tom celkově hůře, a proto hubnou. V tomto případě je znatelný rozdíl v druhu postavy mezi rezidenční péčí a domácím prostředím.

#### Otázka č. 1: Kolik porcí jídla sníte za den?



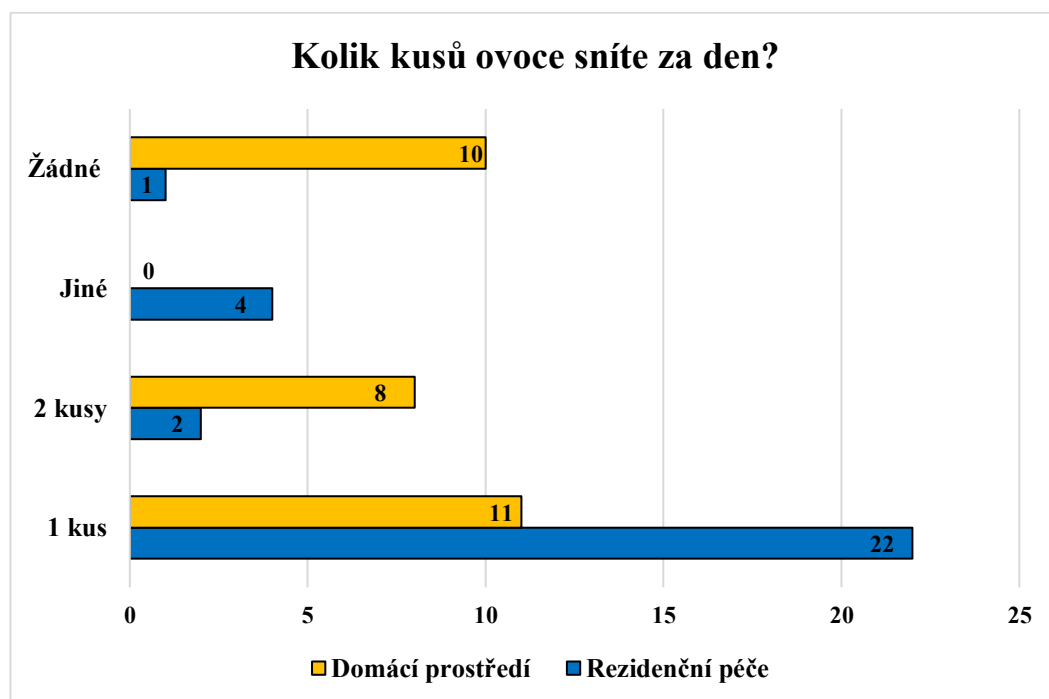
**Obr. 5 - Počet porcí jídla za den u seniorů**

*Zdroj: vlastní*

**Interpretace:** V rezidenční péči je denně zajištěna pravidelná strava v určitých časech. Výsledky prokázaly, že se senioři v tomto prostředí stravují, ve většině případů pětkrát denně. Pět pokrmů se myslí: snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina a večeře. Celkem 17 respondentů (**57 %**) z rezidenční péče odpovědělo, že za den sní 5 pokrmů. Ostatní konzumují 3 nebo 4 jídla a jedna osoba dokonce jí 6 porcí denně. Rozdílně jsou na tom senioři z domácího prostředí, pouze 5 seniorů (**17 %**) uvedlo, že se stravuje pětkrát denně. Ostatní nejčastěji zkonzumují 2-3 porce za den.

Výhodou rezidenční péče je pravidelnost podávaných pokrmů. Proto lze na grafu vidět, že většina seniorů v instituci se stravuje 5 krát denně. Pozitivním faktorem také je, že v institucích připravuje personál denně jiné pokrmy. Klienti tak dostávají nutričně vyváženou stravu. Seniori z domácího prostředí mnohdy buď zapomínají na konzumaci jídla, nebo nepocítují hlad a proto nejedí v pravidelných časech. Stává se také, že si jeden druh pokrmu ohřívají po celý týden. Po té se může stát, že přestanou mít na jídlo chuť a tak jídlo raději vynechávají.

#### Otázka č. 2: Kolik kusů ovoce sníte za den?



Obr. 6 - Kolik kusů ovoce sní seniori za den

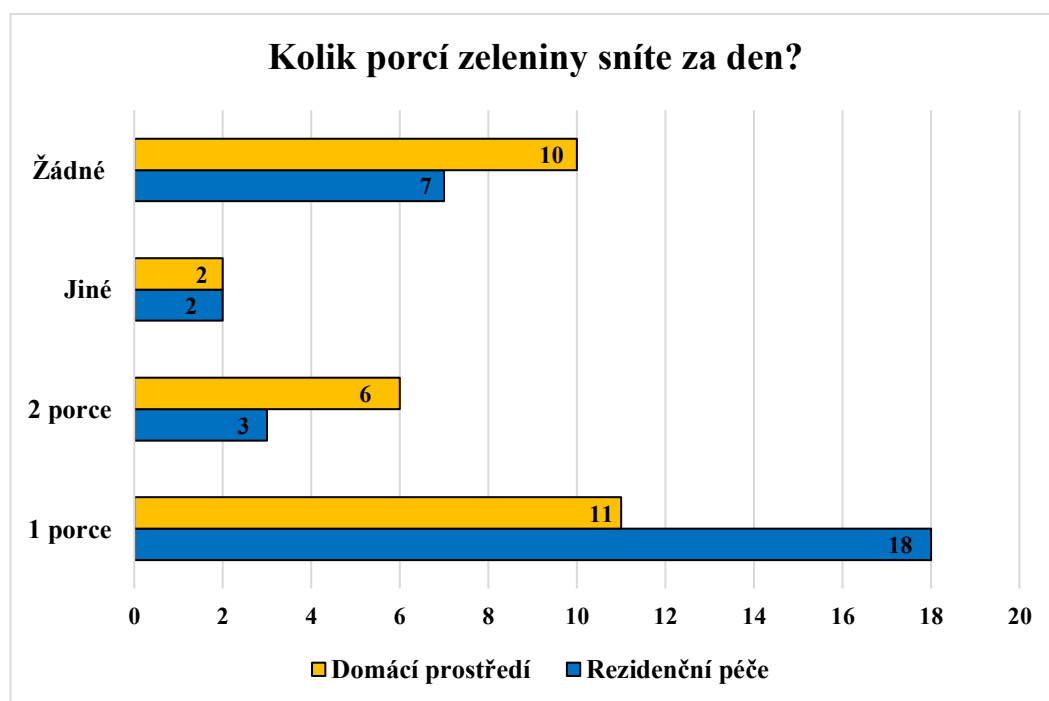
Zdroj: vlastní

**Interpretace:** Seniori z rezidenční péče dostávají ovoce každý den k jednomu z hlavních jídel. Z 30 dotazovaných odpovědělo 22 seniorů (73 %), že si alespoň 1 kus ovoce dopřejí každý den. Pouze 11 seniorů (37 %) z domácího prostředí sní 1 kus ovoce a 10 respondentů (33 %) nesní žádné. U této otázky lze na grafu pozorovat, že pokud je seniorům podáváno ovoce, sní ho bez problémů. Je však otázkou, proč seniori z domácího prostředí ovoce tolik nesní. Může to být tím, že si ho nekupují nebo, že si přes den nevzpomenou na jeho konzumaci či disponují špatným chrupem.

Jednou z možných odpovědí byla také varianta jiné, kde byl ponechán prostor seniorům vyjádřit se dle svého uvážení. Pouze jeden senior z domácí péče odpověděl, že konzumuje 3 kusy ovoce.

Ovoce by senioři neměli zavrhovat, protože je kvalitním zdrojem vlákniny, napomáhá tak ke zmírnění zácpy a je bohaté na vitamíny. Většina seniorů má však s jeho konzumací problém. Příčinou je špatný chrup a tedy neschopnost ovoce dobře rozkousat. Řešením je podávat ho vařené či nastrohané. Otázkou je, zda v institucích jsou ochotni seniorům poskytnout upravené ovoce dle potřeb seniorů. V domově ANNA dostávají vždy celý kus a k tomu nůž. Musí si tedy poradit sami. Senioři v domácím prostředí mají více možností upravit si ovoce dle svých potřeb. Pokud jsou však soběstační nebo mají možnost, že jim dopomůže někdo z blízkých.

### Otázka č. 3: Kolik porcí zeleniny sníte za den?



Obr. 7 - Kolik porcí zeleniny sní senioři za den

*Zdroj: vlastní*

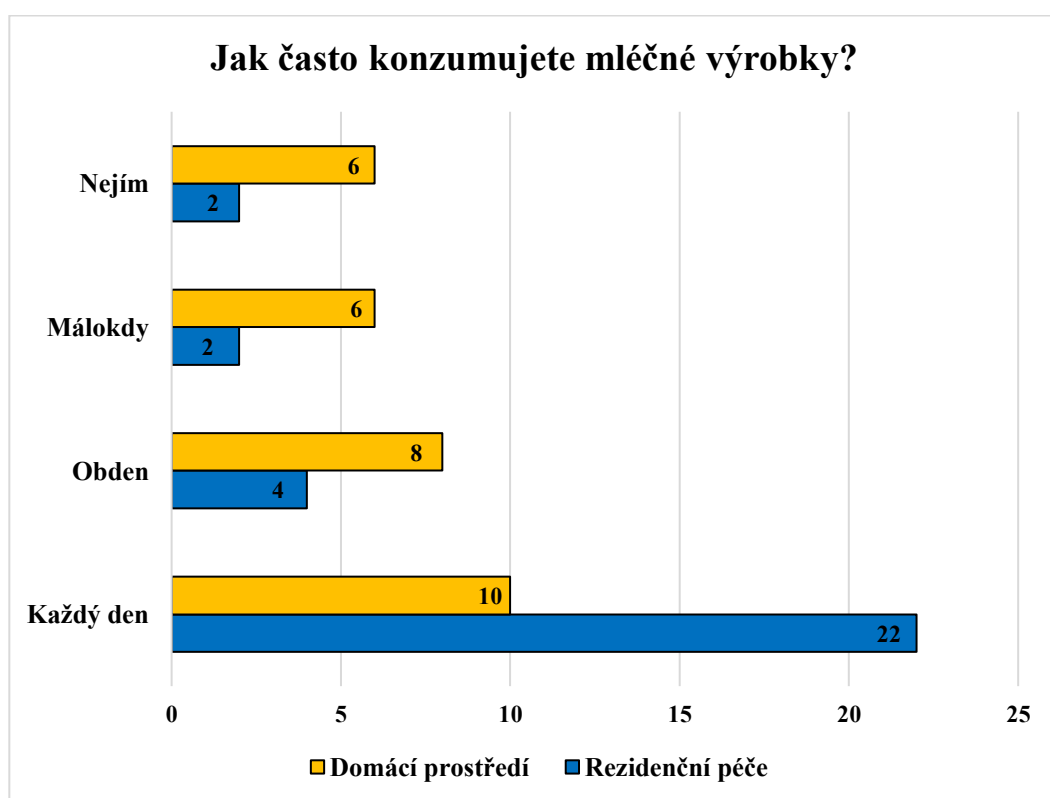
**Interpretace:** S konzumací zeleniny jsou na tom senioři podobně jako s ovocem. Celkem 18 seniorů (60 %) z rezidenční péče si dopřeje kus zeleniny každý den. Jen 3 respondenti (10 %) konzumují 2 kusy. Dotazovaní však často říkali, v průběhu dotazování, že by zeleninu nemuseli jíst vůbec. Tak odpovědělo 7 osob (23 %). Hlavní příčina, proč senioři nemají tolik v oblibě zeleninu, je její tvrdost. Špatný chrup jim brání v dostatečném rozmělnění zeleniny. Častým problémem je také bolest žaludku či zácpa.

Jedna z klientek má naopak pocit, že v Domově ANNA dostávají zeleniny málo a tak si musí nechávat dovážet saláty z místní pizzerie.

Senioři z domácího prostředí konzumují zeleninu příležitostně. Celkem 11 respondentů (37 %) nesní žádný kus a 11 osob (37 %) si dá denně alespoň 1 porci zeleniny.

V konzumaci zeleniny jsou na tom obě skupiny rozdílně. Senioři z rezidenční péče snědí více zeleniny za den než ti z domácího prostředí. Celkově u seniorů není zelenina moc v oblibě.

#### Otázka č. 4: Jak často konzumujete mléčné výrobky?



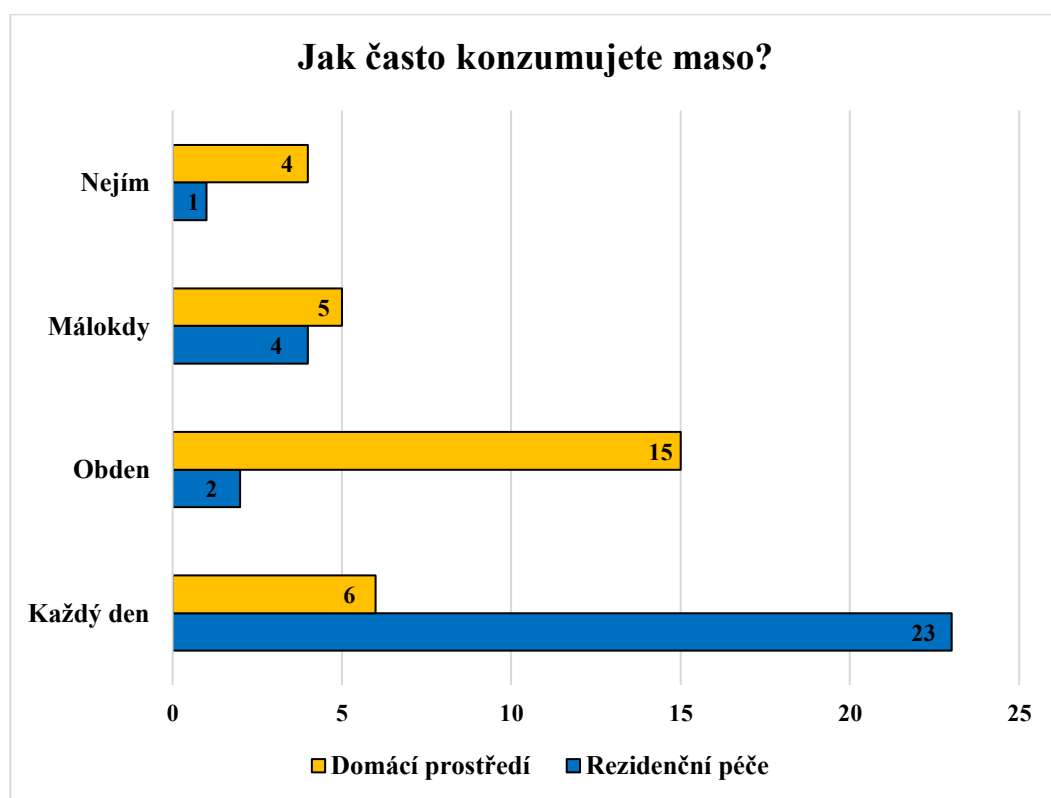
Obr. 8 - Jak často senioři konzumují mléčné výrobky

*Zdroj: vlastní*

**Interpretace:** Celkem 22 respondentů (73 %) z rezidenční péče si dopřeje alespoň jeden mléčný výrobek každý den. Výhodou je, že jsou v institucích zařazeny do jídelníčku denně. Avšak senioři z domácího prostředí konzumují mléčné výrobky méně. Pouze 10 seniorů (33 %) sní alespoň jeden mléčný výrobek denně. Ostatní si ho dají buď obden, málokdy anebo ho nejedí vůbec.

Jak již bylo v teoretické části zmíněno, mléčné výrobky jsou kvalitním zdrojem vápníku a jsou bohaté na bílkoviny. Lze tak předcházet osteoporóze. Sedmá otázka se zabývá tím, zda senioři konzumují mléčné výrobky a jak často. Mezi seniory jsou většinou oblíbené.

### Otázka č. 5: Jak často konzumujete maso?



Obr. 9 - Jak často senioři konzumují maso

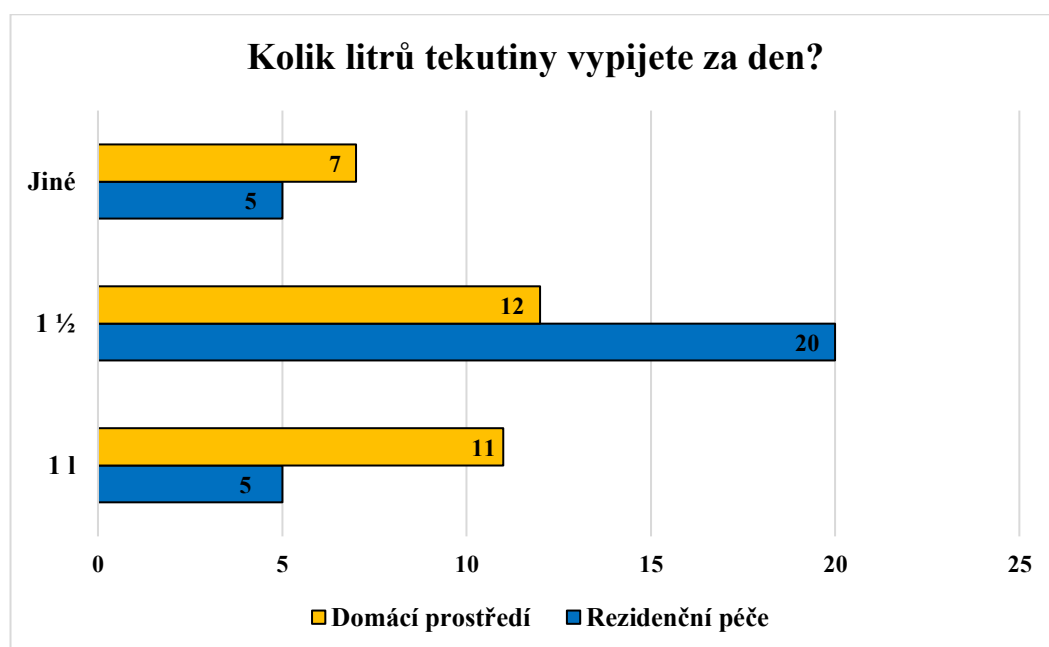
Zdroj: vlastní

**Interpretace:** V rezidenční péči maso konzumuje celkem 23 klientů (77 %). Dotazování z domácího prostředí sní porci masa většinou obden, tak odpovědělo 15 respondentů (50 %). Každý den ho sní pouze 6 respondentů (20 %) z celkových 30 seniorů.

U této otázky lze na první pohled v grafu pozorovat, že senioři v rezidenční péči sní, každý den, masa více než ti z domácího prostředí. Maso je celkově mezi seniory velice oblíbené a někteří si nedokáží představit, že by ho alespoň v jedné z denních porcí neměli. Domov ANNA servíruje maso seniorům denně. Vždy buď k obědu, nebo k večeři.

Můžeme tedy vyvodit závěr, že dotazovaní senioři z rezidenční péče konzumují maso častěji než ti z domácího prostředí. Může to být způsobeno cenou masa, dostupností či náročnější přípravou a úpravou. Ne všichni senioři chodí pravidelně na nákup, proto se může stát, že si maso koupí jen výjimečně.

### Otázka č. 6: Kolik litrů tekutin vypijete za den?



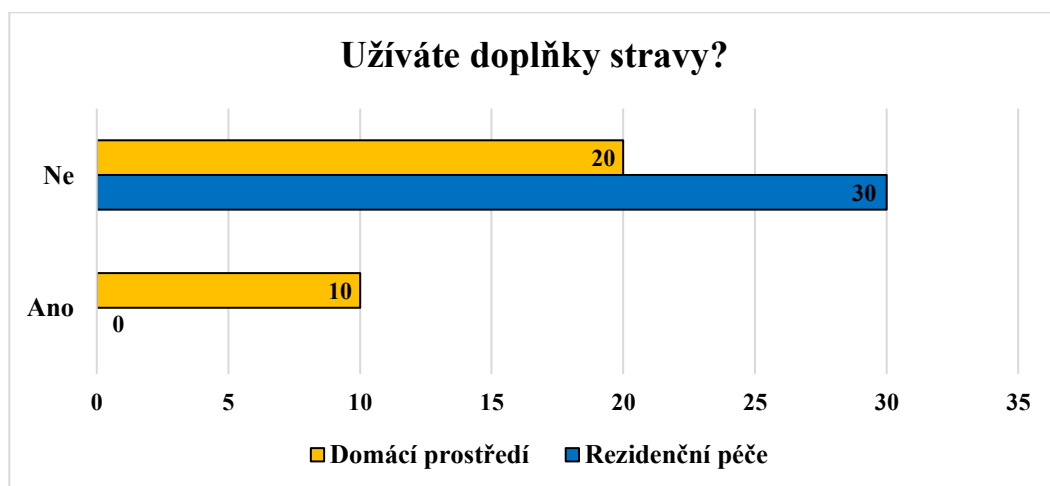
Obr. 10 -Kolik litrů tekutin senioři vypijí za den

Zdroj: vlastní

**Interpretace:** V teoretické části bylo řečeno, že by měl člověk přijmout 1500-2500 ml tekutiny denně. Většina seniorů z rezidenční péče tento limit splňuje. Celkem 20 seniorů (**67 %**) vypije 1,5 litru denně, 3 osoby (**10 %**) vypijí 2 litry a jeden respondent dokonce více než 2 litry tekutin. Ostatní vypijí pouze litr. Senioři z domácího prostředí jsou na tom s pitím tekutin o něco hůře. Litř a půl vypije pouze 12 respondentů (**40 %**) a 11 seniorů (**37 %**) vypije litr za den. 4 % respondenti vypijí do jednoho litru a 2 senioři (**7 %**) vypijí 2 litry.

Obecně lze říci, že na tom senioři nejsou s pitím tekutin špatně. Sama jsem se mohla přesvědčit, že ti z rezidenční péče mají neustále tekutiny na dosah. Konkrétně neslazený čaj, který jim je podáváný ke každému chodu.

### Otázka č. 7: Užíváte doplňky stravy?



Obr. 11 - Zda senioři užívají doplňky stravy

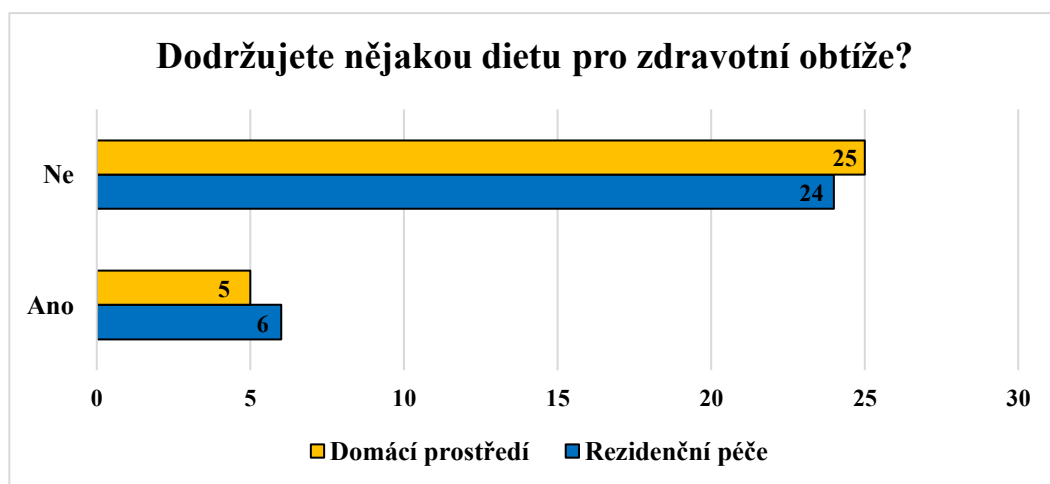
Zdroj: vlastní

**Interpretace:** Celkem 10 seniorů (33 %) z domácí péče užívá doplňky stravy a ostatních 20 seniorů (67 %) žádné neužívá.

S užíváním doplňků stravy je to u seniorů různé. V rezidenční péči odpovědělo všech 30 dotazovaných, že žádné neužívá. K zamyšlení je, zda je to tím, že si je sami nemohou obstarat nebo tím, že ve stravě přijímají vše potřebné pro své tělo.

Mezi dotazovanými seniory nejsou ve většině užívány doplňky stravy.

### Otázka č. 8: Dodržujete nějakou dietu pro zdravotní obtíže? (diabetickou, žlučnickovou, s omezením tuků, mletou, jinou)

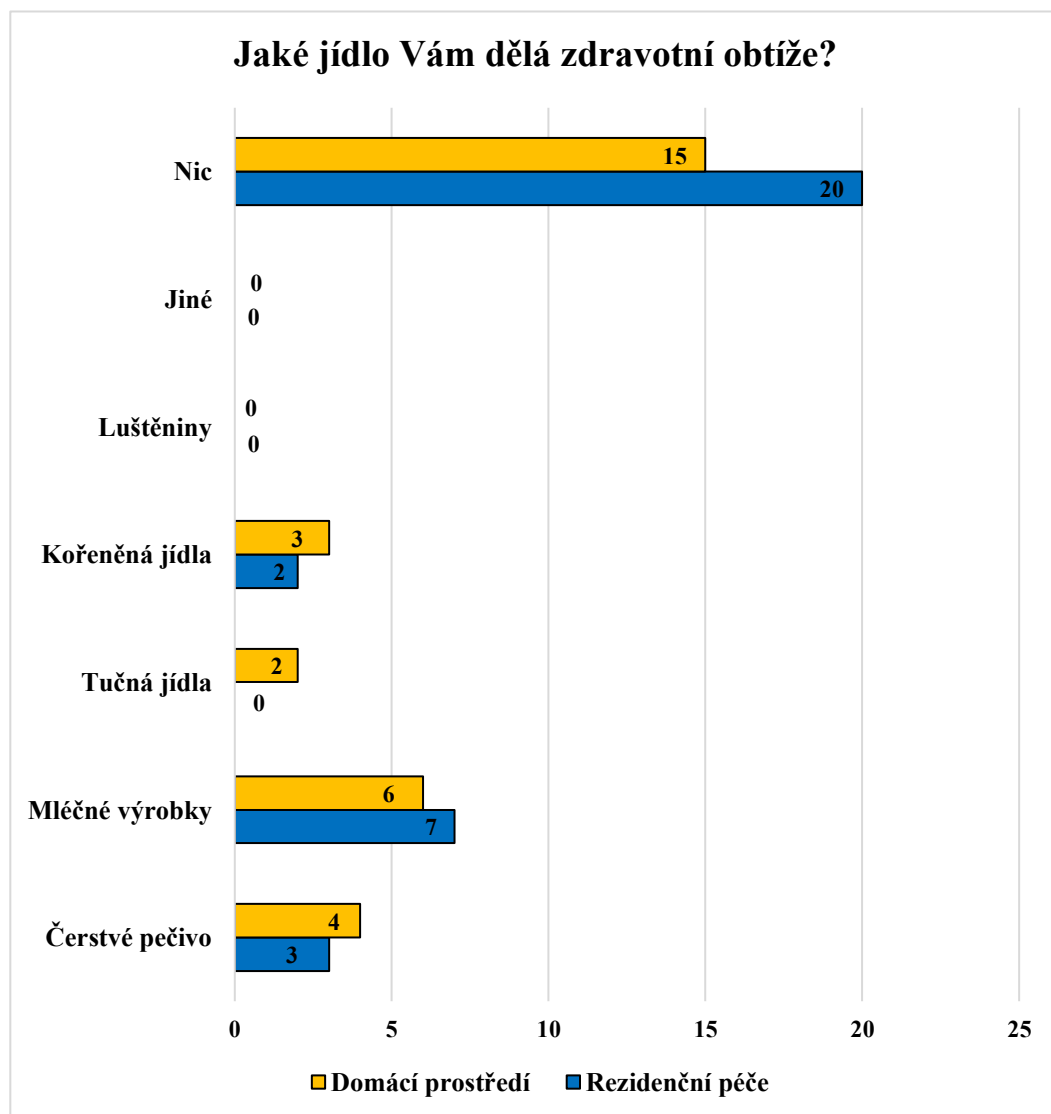


Obr. 12 - Zda senioři dodržují nějakou dietu pro zdravotní obtíže

Zdroj: vlastní

**Interpretace:** Pouze 6 seniorů (20 %) z rezidenční péče a 5 osob (17 %) z domácí péče je nuceno stravovat se dle dietního plánu. Otázka, zda senioři dodržují nějakou dietu pro zdravotní obtíže, nepřinesla znatelný rozdíl. Ve většině případů senioři z rezidenční péče ani z domácí péče nedodržují žádnou dietu.

**Otázka č. 9: Jaké jídlo Vám dělá zdravotní? (nevolnost, průjem, nadýmání) např.: čerstvé pečivo, mléčné výrobky, tučná jídla, kořeněná jídla, luštěniny, ev. jiné konkrétní jídlo**



**Obr. 13 - Jaká jídla dělají seniorům zdravotní obtíže**

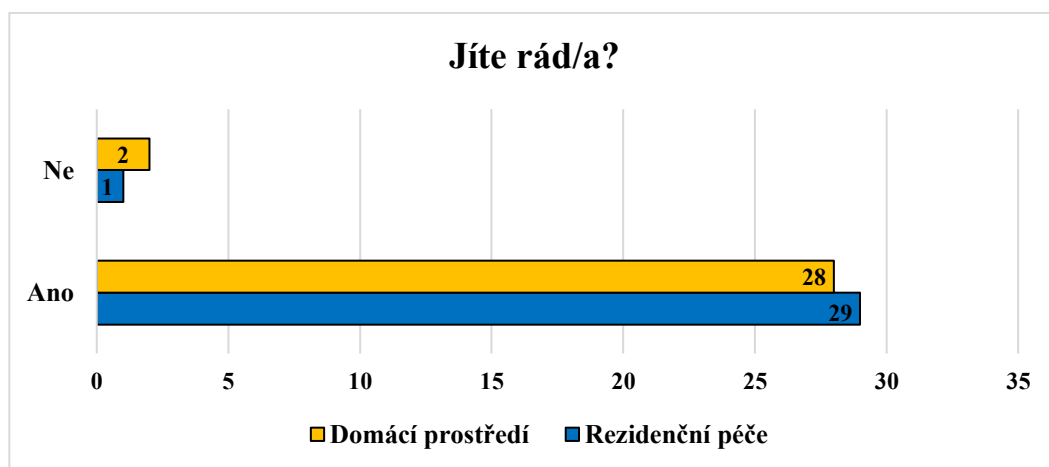
*Zdroj: vlastní*

**Interpretace:** Celkem 20 seniorů (67 %) z rezidenční péče uvedlo, že jim žádné jídlo nezpůsobuje zdravotní obtíže. U ostatních seniorů se objevovalo mléko či pečivo. Párkrát se také objevila příliš kořeněná jídla. V tom lze spatřit nevýhodu osob z rezidenční péče, kteří si nemohou sami dochucovat pokrmy dle svého uvážení. I 15 seniorů (50 %)



z domácího prostředí nejčastěji uvádělo, že jim žádné jídlo nedělá zdravotní obtíže. Jako u seniorů z rezidenční péče se objevovalo mléko a mléčné výrobky. Své zastoupení mělo také čerstvé pečivo a kořeněná jídla. 2 senioři uvedli, že jim nedělají dobře tučná jídla.

#### Otázka č. 10: Jíte rád/a?

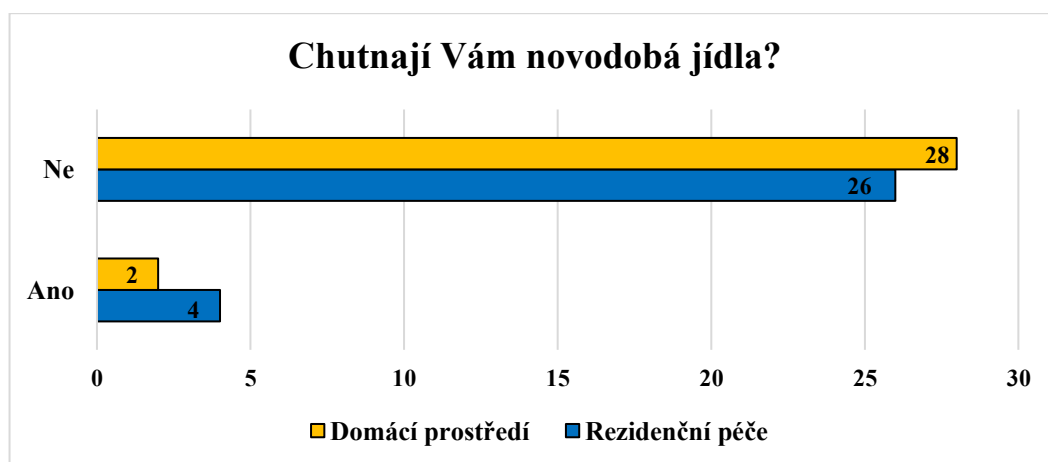


Obr. 14 -Zda senioři rádi jedí

Zdroj: vlastní

**Interpretace:** Na 10. otázku odpovídali zpravidla všichni senioři stejně. Jedí tedy rádi. Pouze 1 respondent (3 %) z rezidenční péče odpověděl, že se nestravuje rád a 2 senioři (7 %) z domácí péče taktéž. Při dotazování bylo zřejmé, že se dny v rezidenční péči točí kolem stravy. Senioři komentovali tuto otázku takto: „Pokud je jídlo dobře uvařené, jím rád/a“.

#### Otázka č. 11: Chutnají Vám novodobá jídla? (bulgur, šmkoun, tofu)

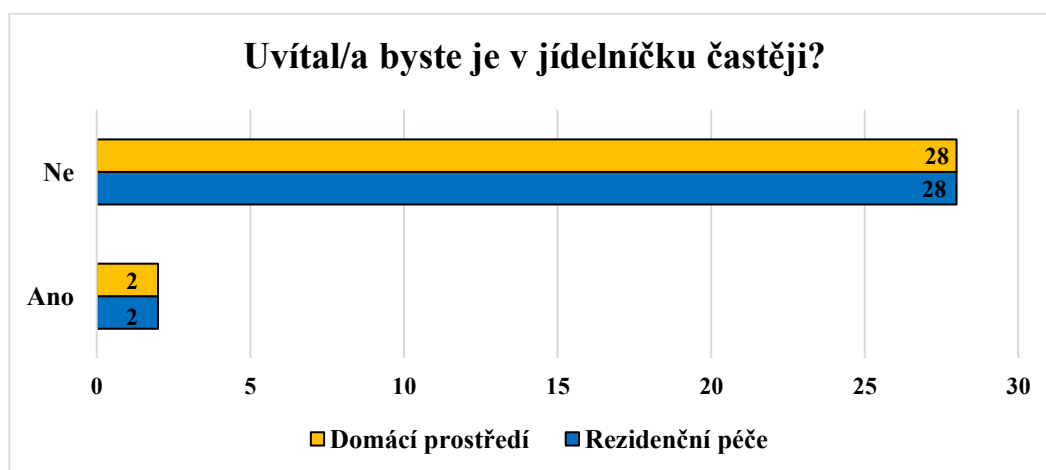


Obr. 15 - Zda mají senioři rádi novodobá jídla

Zdroj: vlastní

**Interpretace:** Z celkových 60 respondentů odpovědělo pouze 6 seniorů (10 %), že jim chutnají novodobá jídla. Na otázku ohledně novodobých jídel odpovídali senioři, jak z rezidenční péče, tak z domácího prostředí téměř stejně. Tedy ani jedna skupina nevyhledává pokrmy jako je například tofu, bulgur, jáhlové kaše a další. Je to zřejmé, od dětství nebyli na tyto potraviny zvyklí. Dávají přednost masitým pokrmům, bramborám, knedlíkům a dalším typicky českým jídlům.

#### Otázka č. 12: Uvítal/a byste je v jídelníčku častěji?



Obr. 16 - Zda by senioři uvítali častěji novodobá jídla

Zdroj: vlastní

**Interpretace:** 12. otázka se zabývá tím, zda by senioři uvítali novodobá jídla v jídelníčku častěji. Z předchozí otázky je zřejmé, že ani jedna ze skupin by nechtěla konzumovat novodobá jídla častěji. Z 60 respondentů by je v jídelníčku častěji uvítali jen 4 senioři (7 %).

#### Otázka č. 13: Jaké jídlo nemáte rád/a?

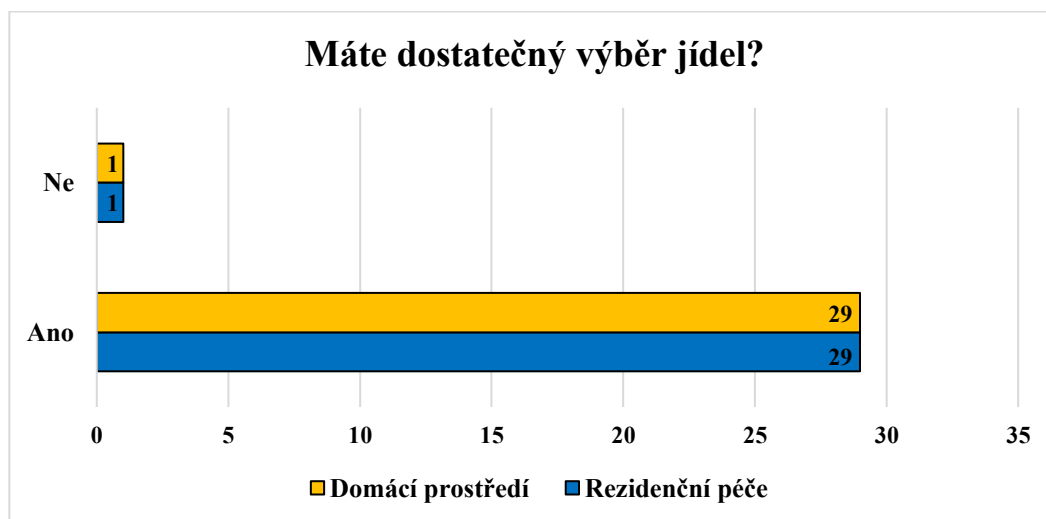
**Interpretace:** Na 13. otázku se mohli senioři rozepsat, jaké jídlo jim chutná nejméně a, které jim tedy v jídelníčku vadí nebo, které si nepřipravují. Senioři z rezidenční péče, mnohdy odpovídali, že nemají rádi jídla, která jsou málo dochucená a špatně uvařená. Při dotazování komentovali, že dost záleží na tom, kdo je zrovna daný den v kuchyni. Dle toho přichystaný pokrm buď konzumují, nebo ho vrátí zpět. Většina odpovídala, že nemá ráda novodobá jídla. Což se pojí s otázkami č. 11 a 12. Často se také objevoval špenát. Ostatní sní vše a nemají tedy s ničím problémem. Odpovědi seniorů z domácího prostředí byly pestřejší. Mnohdy padaly stížnosti na jídlo uvažené od rodinných příslušníků. Mezi odpověďmi se objevovaly i mořské plody, sladká jídla, rýžový nákyp, jídla mastná, tučná a smetanová.

Dále například koprová omáčka ale také divočina a zmiňovaná novodobá jídla. Ostatní zkonzumují vše.

#### Otázka č. 14: Jaké jídlo máte nejraději?

**Interpretace:** U této otázky měli dotazovaní, jak z rezidenční péče, tak z domácího prostředí, většinou jasno. Nejčastěji se v odpovědích objevovala tradiční česká jídla. Mezi nejoblíbenější patří řízek s bramborem. Přednost však dávají jakýmkoli masitým pokrmům. Senioři z rezidenční péče si mnohdy postesklí, že řízek bývá v jídelníčku ojediněle a, že kdyby pobývali doma, konzumovali by ho častěji. Další nejčastější odpovědí bylo knedlo, vepřo, zelo. K nejoblíbenějším jídlům seniorů patří i sladká jídla. Buchtičky se šodó či staročeské buchty byly nejčastější odpovědí seniorů z rezidenční péče. K nejčastějším odpovědím u seniorů z domácí péče patří omáčky a navíc se často objevovaly polévky.

#### Otázka č. 15: Máte dostatečný výběr jídel?

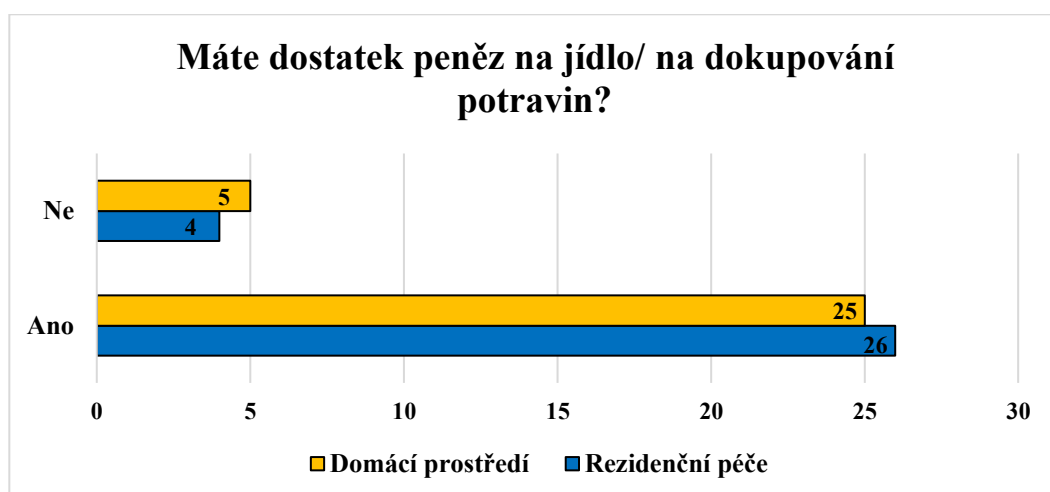


Obr. 17 - Zda mají senioři dostatečný výběr jídel

Zdroj: vlastní

**Interpretace:** Na otázku číslo 15 odpovídali senioři totožně. Obě skupiny tedy mají pocit, že výběr pokrmů je dostatečný. Pouze 2 senioři (3 %) z celkových 60 respondentů mají pocit, že je jejich výběr nedostatečný. Při mém nahlédnutí do týdenních jídelníčků bylo patrné, že klienti z rezidenční péče dostávají pestrou stravu, která je každý týden obměňována. Senioři z domácího prostředí mají volnost a mohou si uvařit vše dle libosti, pokud nejsou závislí na druhé osobě či pečovatelské službě.

**Otázka č. 16: Máte dostatek peněz na jídlo/na dokupování potravin?**

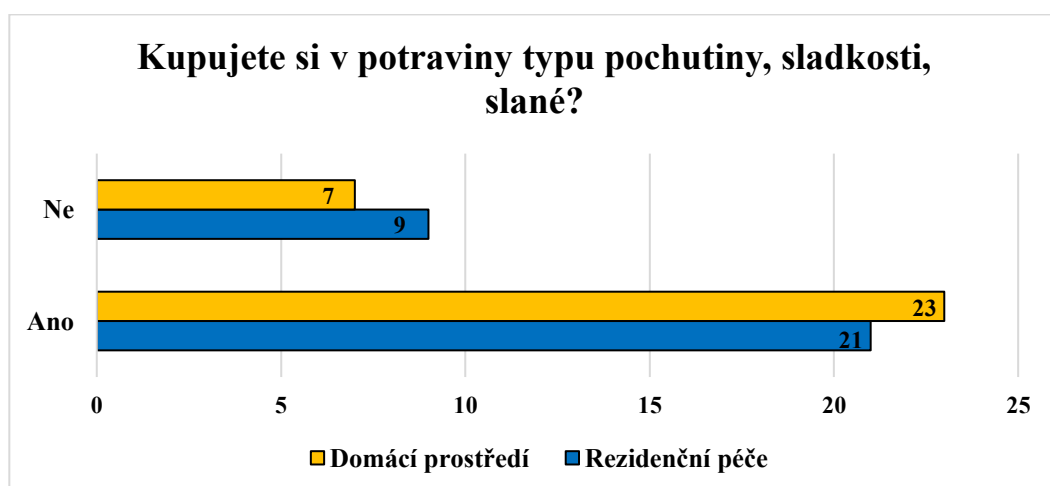


*Obr. 18 - Zda mají senioři dostatek financí na jídlo a dokupování potravin*

*Zdroj: vlastní*

**Interpretace:** Celkem 26 seniorů (87 %) z rezidenční péče uvedlo, že mají dostatek financí na dokupování potravin a jen 4 respondenti (13 %) mají financí málo. V domácím prostředí má 25 seniorů (83 %) dostatek financí a ostatní nikoli. Finance hrají podstatnou roli ve výběru a dokupování potravin seniorů. Příjmy seniorů nejsou nikterak značné, a proto si nemohou koupit vše, co je napadne. V rezidenční péči je strava zajištěna, většina senioru si tedy nepotřebuje dokupovat žádné potraviny. Kromě hlavních jídel, dostávají jogurty, ovoce a zeleninu. Na příležitostné dokupování sladkostí, či slaných pochutin mají dle průzkumu dostatek financí senioři z rezidenční péče i senioři z domácího prostředí. Ve většině případů senioři extrémně nestrádají a koupí si to, na co mají chuť.

**Otázka č. 17: Kupujete si v obchodech potraviny typu pochutiny, sladkosti, slané?**

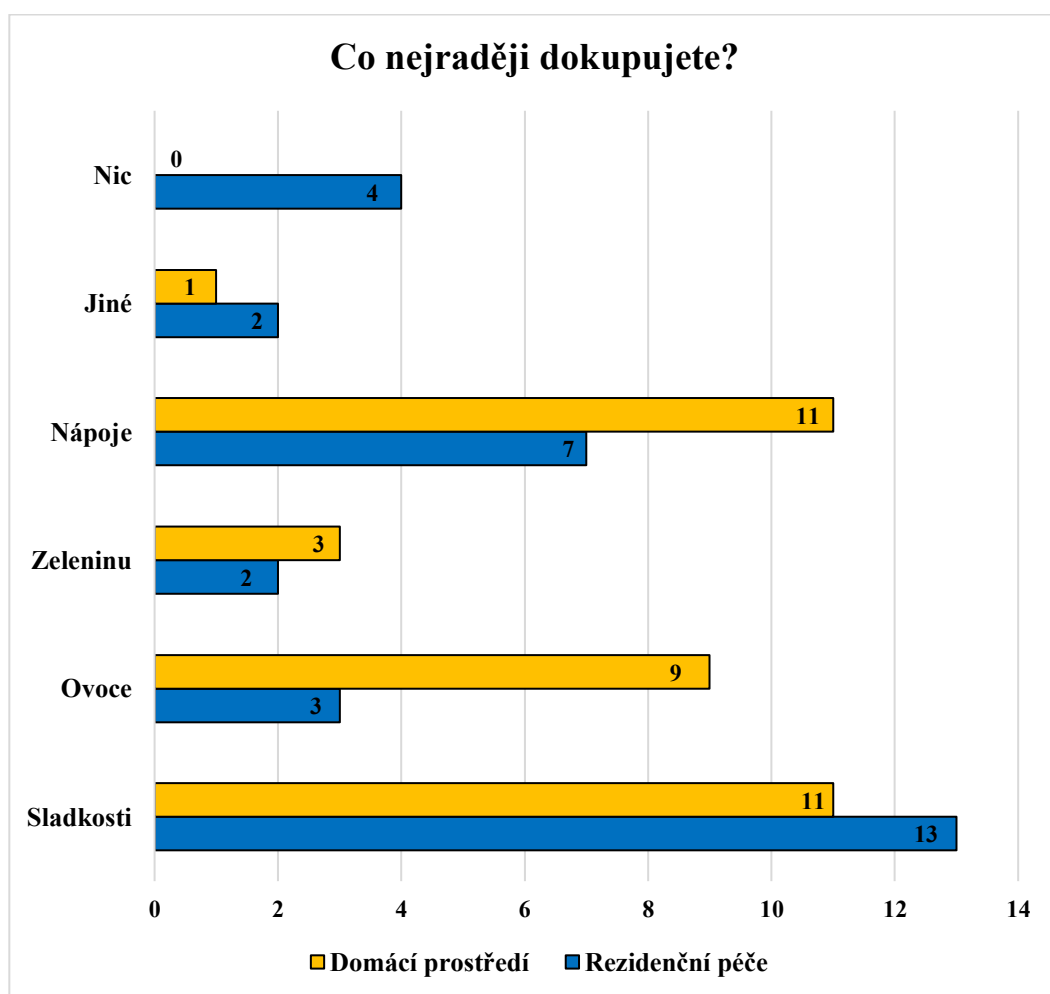


*Obr. 19 - Zda si senioři kupují v obchodech potraviny typu pochutiny, sladkosti, slané*

*Zdroj: vlastní*

**Interpretace:** S touto otázkou významně souvisí dostupnost obchodů, kde si senioři mohou koupit pochutiny, sladkosti či slané. Celkem 21 seniorů (70 %) z rezidenční péče si dokupuje v obchodech tyto potraviny. Zbýlých 9 respondentů (30 %) nemá potřebu, finance či nejsou schopni dojít do obchodu. Senioři z domácího prostředí jsou na tom obdobně, 23 osob (77 %) si dokupuje různé pochutiny.

**Otázka č. 18: Co si nejčastěji dokupujete? Např.: sladkosti, slané, mléčné výrobky, ovoce, jiné, ev. vypsát**



*Obr. 20 - Co si nejraději senioři dokupují*

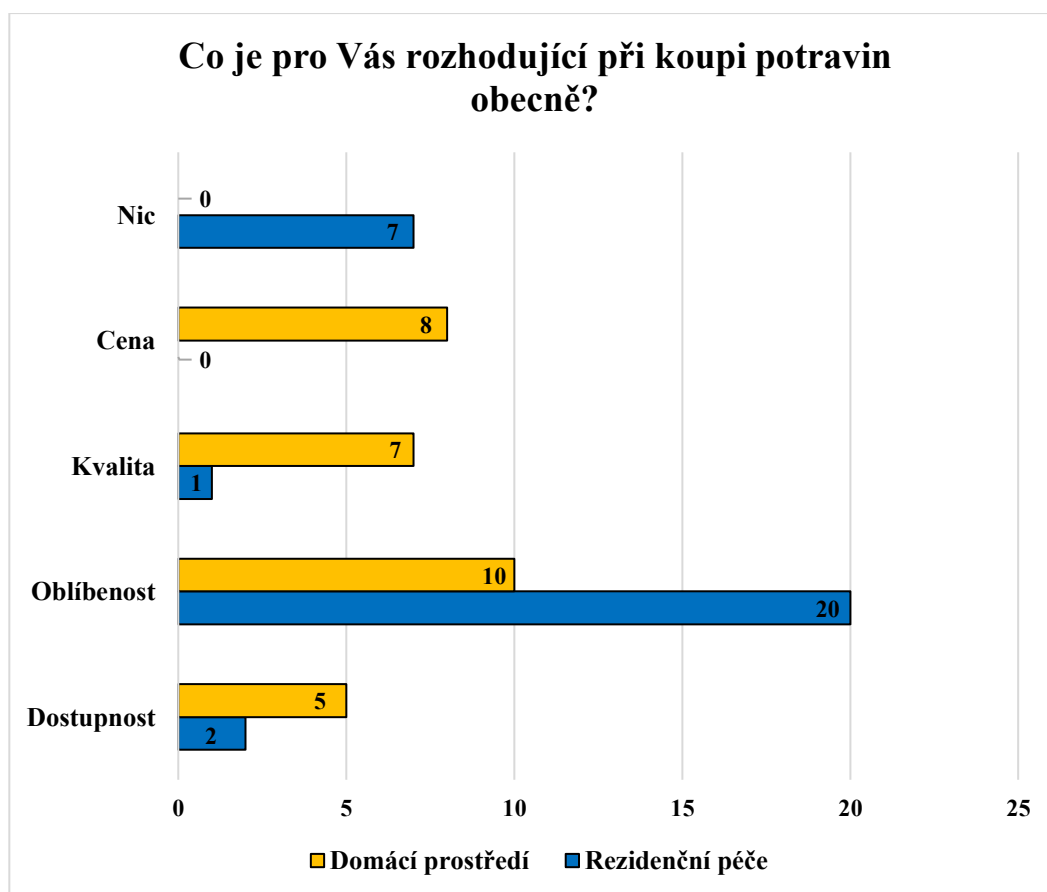
*Zdroj: vlastní*

**Interpretace:** U otázky č. 18 se senioři rozepisovali o tom, co si nejčastěji dokupují. Ti z rezidenční péče uváděli, že si nechávají objednávat, u sociální pracovnice dorty, které pak s připravenou kávou konzumují společně s ostatními seniory v jídelně. Mnohdy k tomu připojili komentáře, že se na „středeční kavárničku“ moc těší a rádi za dort zaplatí. Mezi dalšími odpověďmi se objevovaly spíše názvy čokoládových tyčinek. Byly jimi například: Fidorka, Kaštany, Mila, Horalka a další. Většině seniorů různé sladkosti, slané a ovoce

donáší do Domova rodina. Oproti seniorům z domácí péče, kteří si dokupují potraviny sami. Ti zpravidla uváděli mléčné výrobky, minerální vody, ovoce a zeleninu.

U obou skupin se objevovalo pivo, které si rádi dopřejí senioři, jak doma, tak v Domově ANNA.

#### Otázka č. 19: Co je pro Vás rozhodující při koupi potravin obecně?

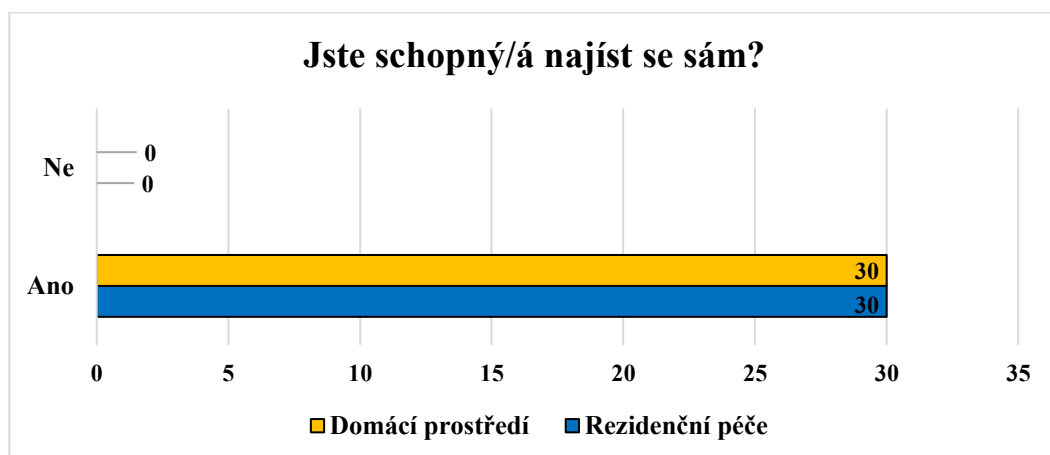


Obr. 21 - Co je pro seniory rozhodující při koupi potravin obecně

Zdroj: vlastní

**Interpretace:** Rozhodujícím faktorem při koupi potravin u seniorů z rezidenční péče je ve většině případu oblíbenost. Tak odpovědělo 20 seniorů (67 %). Součástí Domova ANNA je obchůdek, který je dostatečně zásobený. Disponuje základními potřebami seniorů. Mnozí klienti nemohou, kvůli zdravotním obtížím, docházet sami na nákup do větších vzdálenějších obchodů, tak nakupují v přímo v Domově. Kvalita se objevila pouze v jednom dotazníku. Senioři z domácího prostředí dávají většinou přednost oblíbenosti (33 %) ceně (27 %) a kvalitě (23 %). Pouze u 5 seniorů (17 %) se objevovala dostupnost. Lze tedy pozorovat, že skupina seniorů žijících v domácím prostředí, konkrétně v Českém Brodě, nemá problém s dostupností ochodů a veškerých potravin. Jiné by to asi bylo v případě, pokud by senioři žili na vesnici či odlehlých místech.

### Otázka č. 20: Jste schopný/á najíst se sám?

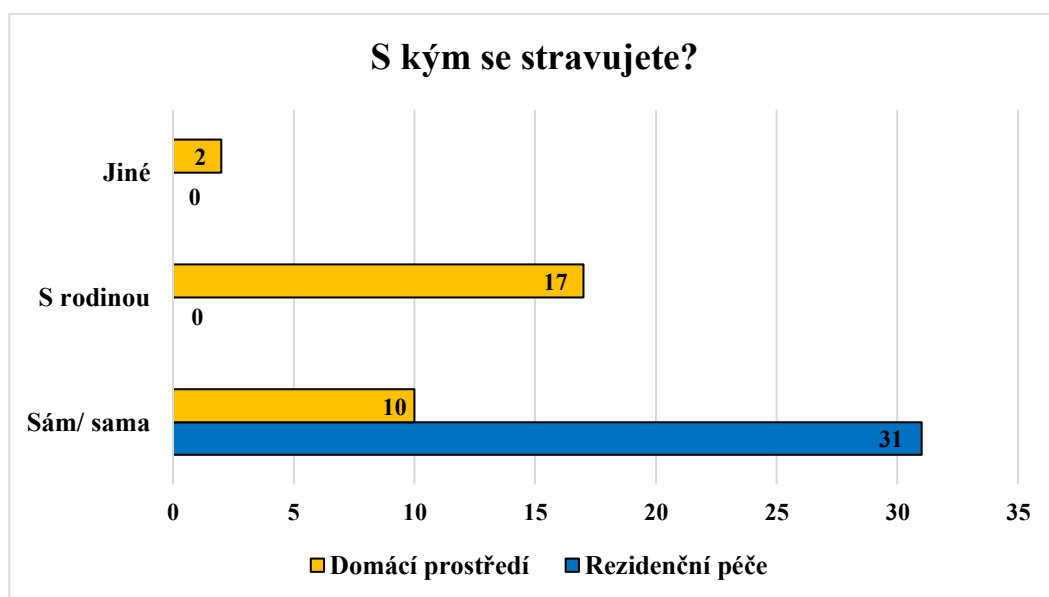


Obr. 22 - Zda jsou senioři schopni najíst se sami

Zdroj: vlastní

**Interpretace:** Všichni dotazovaní senioři uvedli, že jsou schopni najíst se sami. Nepotřebují k dopomoci druhého člověka. U seniorů z domácí péče je to zřejmé, že budou ve většině případů soběstační, pokud však nežijí s rodinou, která by mohla pomoci. Dotazování seniorů z rezidenční péče se zaměřilo zejména na seniory, kteří jsou schopni odpovídat na otázky či vyplní dotazník sami. Je tedy evidentní, že se jednalo také o soběstačné klienty.

### Otázka č. 21: S kým se stravujete?



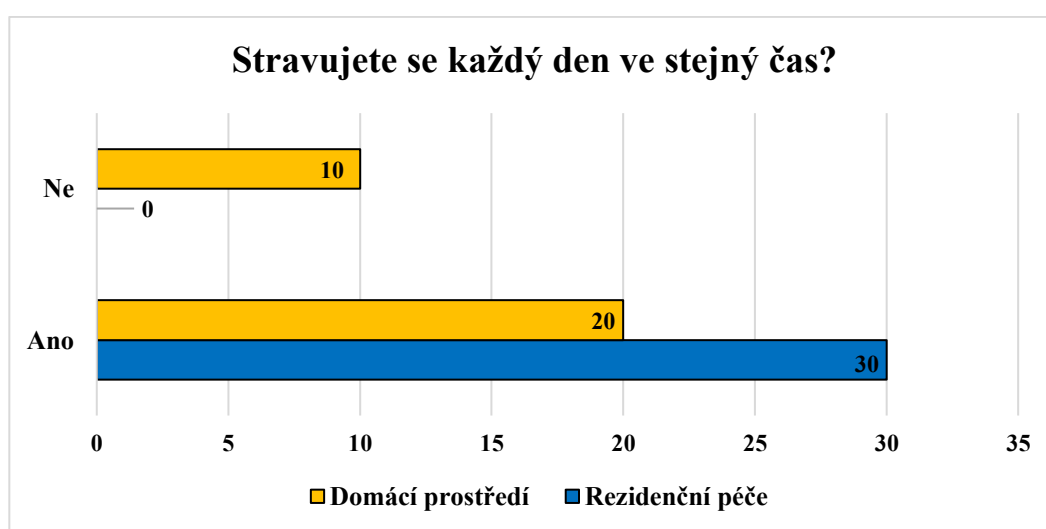
Obr. 23 - S kým se senioři stravují

Zdroj: vlastní

**Interpretace:** Na otázku č. 21 měli senioři odpovědět, zda se stravují sami, s rodinou či s někým jiným. Celkem 30 seniorů z rezidenční péče odpovědělo, že se stravují sami.

Se stravováním by měly být spojené příjemné chvíle strávené v okruhu blízkých. V rezidenční péči to není možné, pokud však senioři nepovažují za blízké ostatní seniory Domova. V teoretické části se lze dočíst, že při stolování o samotě, člověk pociťuje nedostatek kontaktu s blízkými a uvědomuje si kvůli tomu plně svoji samotu. Senioři v domácím prostředí také nejsou vždy obklopeni spoustou lidí, avšak více jak polovina z dotazovaných uvedla, že se stravují s rodinou či s partnerem.

#### Otázka č. 22: Stravujete se každý den ve stejný čas?



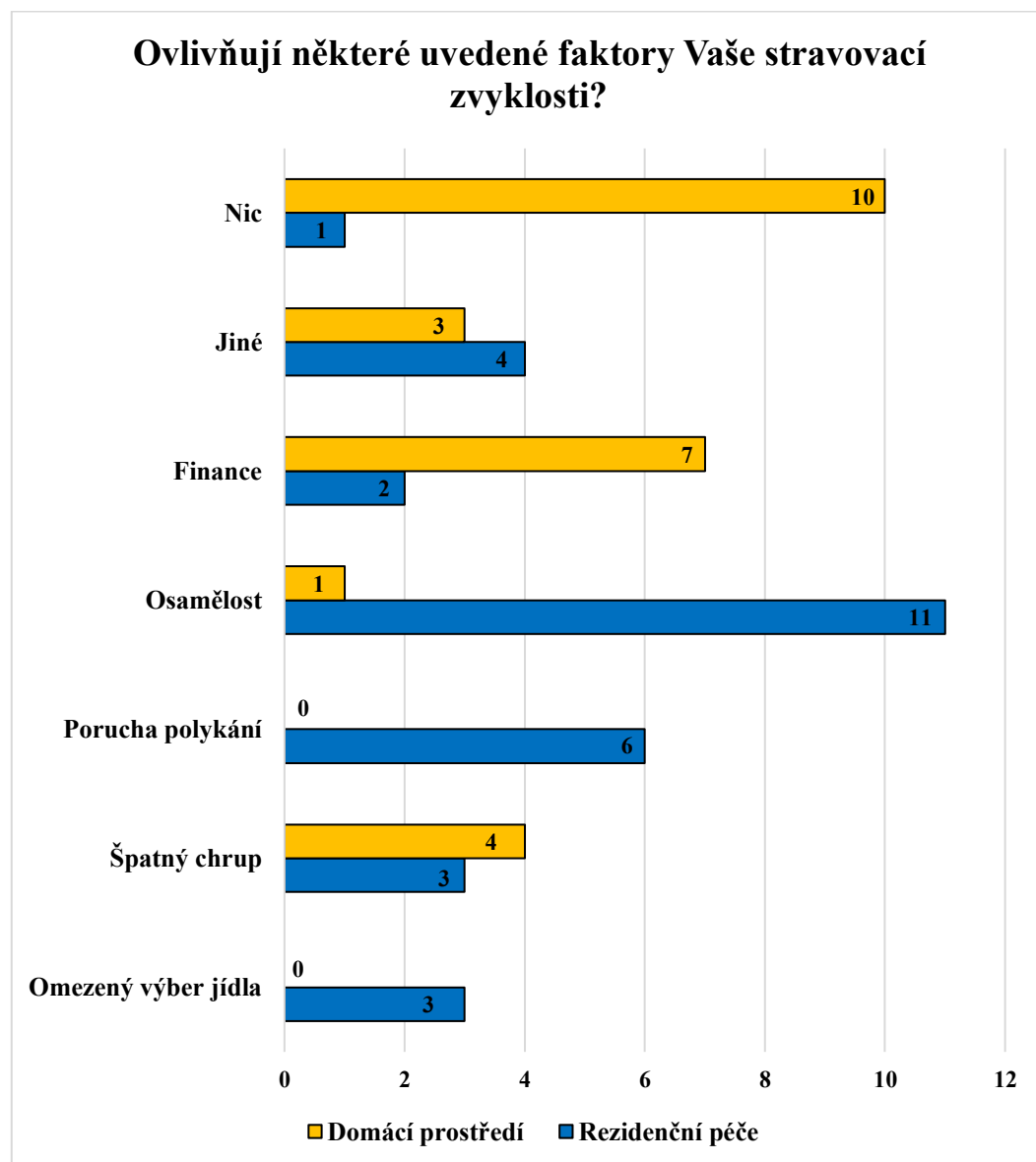
Obr. 24 - Zda se senioři stravují ve stejný čas

*Zdroj: vlastní*

**Interpretace:** Odpovědi na otázku, zda se senioři stravují přes den ve stejný čas, byly rozdělené mezi seniory z rezidenční péče a domácího prostředí. Všechny 30 dotazovaných z rezidenční péče odpovědělo, že se stravují, každý den ve stejný čas. Pravidelnost a načasování je pro jejich organismus jistě tím nejlepším. Oproti seniorům z domácí péče, kteří nekonzumují jídlo vždy ve stejný čas. Celkem 10 seniorů (33 %) z domácí péče se stravuje nepravidelně.



**Otázka č. 23: Ovlivňují některé uvedené faktory, Vaše stravovací zvyklosti? Např.: omezený výběr jídla, špatný chrup, porucha polykání, osamělost, finance...**

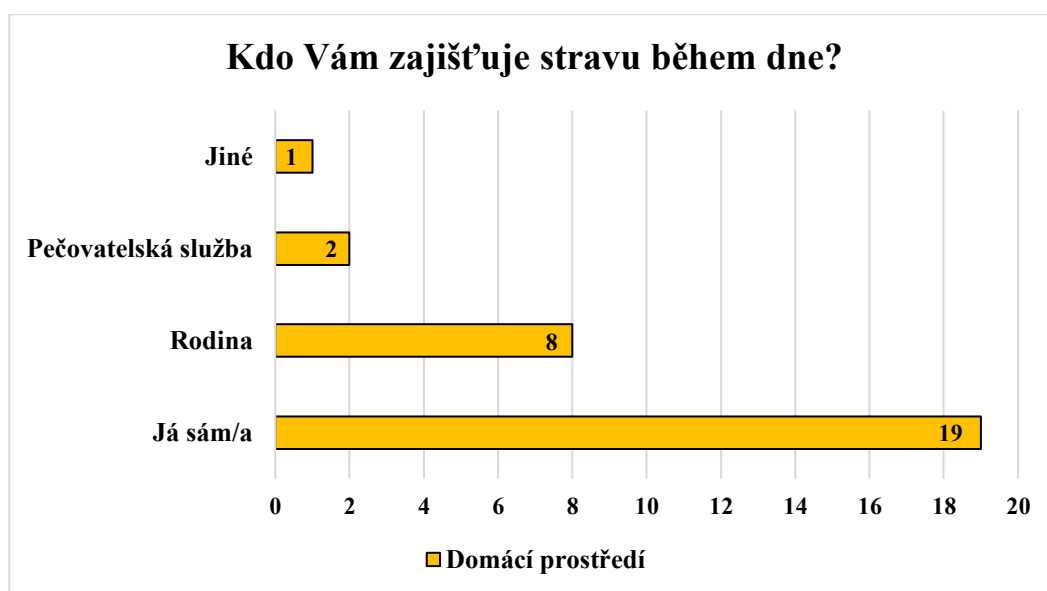


*Obr. 25 - Jaké faktory ovlivňují seniory stravovací zvyklosti*

*Zdroj: vlastní*

**Interpretace:** Celkem 11 seniorů (37 %) z rezidenční péče odpovídalo, že je trápí osamělost při stravování. Může to být hlavním důsledkem, proč toho nesní tolik a následně trpí malnutricí a dalšími zdravotními problémy. Na ostatní seniory z rezidenční péče má vliv špatný chrup a zácpa. Celkem 10 seniorů (33 %) z domácího prostředí neovlivňují žádné faktory. Zřejmě mají pocit, že jim nic nechybí ve vztahu se stravou. Ostatním chybí dostatek financí a dobrý chrup, jako u seniorů z rezidenční péče.

#### Otázka č. 24: Kdo Vám zajišťuje stravu během dne?



Obr. 26 - Jaké faktory ovlivňují seniory stravovací zvyklosti

Zdroj: vlastní

**Interpretace:** Poslední otázka byla jen pro seniory z domácího prostředí. Její znění je: „Kdo Vám zajišťuje stravu během dne?“. Tito senioři jsou často odkázáni na svoji soběstačnost či pomoc druhé osoby. Oproti seniorům z rezidenční péče, kteří mají denní přísun pokrmů nastavený a zajištěný. Celkem 19 seniorů (**63 %**) odpovědělo, že si připravují a zajišťují stravu sami. Můžeme tedy předpokládat, že jsou dostatečně soběstační a nepotřebují pomoc. Z 30 dotazovaných připravuje 8 seniorům (**27 %**) pokrmy rodina. Ostatním zajišťuje stravu během dne pečovatelská služba, manžel či manželka.

### 6.1 Vyhodnocení cílů práce

V diplomové práci byly stanoveny celkem 4 cíle.

Prvním cílem bylo zjistit, zda je kvalitnější (pestřejší a vyváženější) strava seniorů v rezidenční péči nebo starších osob, které žijí ve vlastním prostředí. Z výsledků vyplynulo, že senioři z rezidenční péče se stravují o něco kvalitněji. Celkem 17 respondentů (**57 %**) odpovědělo, že konzumují stravu pravidelně. Alespoň jeden kus ovoce sní 22 seniorů (**73 %**). Zeleninu, mléčné výrobky a maso dostávají senioři denně a tekutiny jsou jim doplňovány každou chvíli. Oproti domácímu prostředí, kde pouze 5 seniorů (**17 %**) uvedlo, že se stravuje pětikrát denně. Ostatní nejčastěji zkonzumují 2-3 porce za den. S denním přísunem ovoce jsou na tom respondenti z domácího prostředí o něco hůře. Pouze 11 seniorů

**(37 %)** odpovědělo, že si dá kus ovoce. Lze tedy konstatovat, že senioři z rezidenční péče mají kvalitnější stravu.

Druhým cílem práce bylo zjistit, zda lze považovat stravu seniorů za rozmanitou, a nakolik je jejich stravování limitováno zdravotními obtížemi. Na základě vyhodnocení údajů z dotazníkového šetření se mi i tento cíl podařil splnit. Pomocí otázky č. 9, která byla cíleně směřována na zdravotní potíže způsobené stravováním seniorů. Celkem 20 seniorů **(67 %)** z rezidenční péče uvedla, že jim žádné jídlo nezpůsobuje zdravotní obtíže. U ostatních seniorů se objevovalo mléko, těstoviny či pečivo. Párkrát se také objevila příliš kořeněná jídla. Seniorům z domácího prostředí nedělají dobře tučná jídla, kynuté těsto, čerstvé pečivo a také vše se zrníčky.

Dalším cílem práce bylo také zjistit, jak ovlivňují kvalitu stravování seniorů psychické, sociální a ekonomické faktory. Starší osoby jsou skutečně těmito faktory ovlivněny. Většina seniorů, jak z rezidenční péče, tak z domácího prostředí má dostatek finančních prostředků na dokupování jídla. Při jeho koupi je ovlivňuje především oblíbenost, tak odpovědělo celkem 20 respondentů **(67 %)** z rezidenční péče a 10 seniorů **(33 %)** z domácího prostředí. S konzumací jídla jsou na tom po psychické stránce lépe senioři z domácího prostředí, kteří uváděli, že se většinou stravují s rodinou či s partnerem. V rezidenční péči senioři uváděli, že se stravují o samotě. To také prokázala otázka č. 23, kde senioři uváděli, že je při konzumaci často trápí samota, ale také špatný chrup a zácpa.

Posledním cílem bylo zjistit, do jaké míry jsou senioři spokojeni se svým stravováním. Na základě vyhodnocení údajů z dotazníkového šetření se mi i tento cíl podařil splnit. Pomocí otázky č. 10, kterou jsme zjišťovali, zda respondenti rádi jedí. Na tuto otázku, bez rozdílů zařízení, zpravidla odpovídali všichni stejně. Téměř všichni senioři uvedli, že konzumují jídlo rádi. Pouze 1 respondent **(3 %)** z rezidenční péče odpověděl, že se nestravuje rád a 2 senioři **(7 %)** z domácí péče taktéž. Senioři komentovali tuto otázku takto: „Pokud je jídlo dobře uvařené, jím rád/a“. Druhá otázka z dotazníkového šetření č. 11, vztahující se k tomuto cíli, byla zaměřena, jestli respondentům chutná novodobá jídla. Tato otázka potvrdila, že ani jedna skupina respondentů nevyhledává pokrm jako je například tofu, bulgur, jáhlové kaše a další. Dávají přednost masitým pokrmům, bramborám, knedlíkům a dalším typicky českým jídlům. Z celkových 60 respondentů odpovědělo pouze 6 seniorů **(20 %)**, že jim chutnají novodobá jídla.

## 6.2 Vyhodnocení stanovených hypotéz

Na počátku šetření byly stanoveny dvě hypotézy.

### 1. Hypotéza- Kvalitnější (pestřejší a vyváženější) stravu mají senioři v rezidenční péči oproti seniorům, kteří žijí ve vlastním prostředí.

S hypotézou 1 souvisely tyto otázky z dotazníku: č. 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Díky otázce č. 1, která se týkala počtu porcí jídla za celý den, bylo zjištěno, že celkem 17 respondentů (**57 %**) z rezidenční péče sní 5 pokrmů za den. Ostatní konzumují 3 nebo 4 jídla a jedna osoba dokonce konzumuje 6 porcí denně.

Rozdílně jsou na tom senioři z domácího prostředí, pouze 5 seniorů (**17 %**) uvedlo, že se stravují pětkrát denně. Ostatní nejčastěji zkonzumují 2- 3 porce za den (viz obr. č. 5, str. 49).

V otázce č. 2 bylo zjišťováno množství konzumovaného ovoce, které sní respondent za den. Z výsledků vyplývá, že z 30 dotazovaných odpovědělo 22 seniorů (**73 %**), že si alespoň 1 kus ovoce dopřejí každý den. Pouze 11 seniorů (**37 %**) z domácího prostředí sní 1 kus ovoce a 10 respondentů (**33 %**) nesní žádné (viz obr. č. 6 na str. 50).

Otázka č. 3 byla zaměřena na počet porcí zeleniny za den. Na základě této otázky bylo zjištěno, že celkem 18 seniorů (**60 %**) z rezidenční péče si dopřeje kus zeleniny každý den. Jen 3 respondenti (**10 %**) konzumují 2 kusy. Dotazování však často říkali, v průběhu dotazování, že by zeleninu nemuseli jíst vůbec, tak odpovědělo 7 osob (**23 %**), (viz obr. č. 7 na str. 51).

Další otázka se dotýkala frekventovanosti konzumace mléčných výrobků. Celkem 22 respondentů (**73 %**) z rezidenční péče si dopřeje alespoň jeden mléčný výrobek každý den. Avšak senioři z domácího prostředí konzumují mléčné výrobky méně. Pouze 10 seniorů (**33 %**) sní alespoň jeden mléčný výrobek denně. Ostatní si ho dají buď obden, málokdy anebo ho nejedí vůbec (viz obr. č. 8 na str. 52).

Otázkou č. 5 jsme se zaměřili na konzumaci masa. Z výzkumného šetření vyplývá, že v rezidenční péči ho konzumuje celkem 23 klientů (**77 %**) každý den. Dotazování z domácího prostředí sní jednu porci masa většinou obden, tak odpovědělo 15 respondentů (**50 %**). Každý den ho sní pouze 6 respondentů (**20 %**) z celkových 30 seniorů (viz obr. č. 9 na str. 53).

Poslední otázka č. 6 se vztahovala na pitný režim respondentů. Seniori byli dotazováni, kolik vypijí litrů tekutin za den. Vyhodnocení prokázalo, že celkem 20 seniorů **(67 %)** vypije 1,5 litru denně, 3 osoby **(10 %)** vypijí 2 litry a jeden respondent dokonce více než 2 litry tekutin. Ostatní vypijí pouze litr. Seniori z domácího prostředí jsou na tom s pitím tekutin o něco hůře. Litr a půl vypije pouze 12 respondentů **(40 %)** a 11 seniorů **(37 %)** vypije litr za den. 4 **(13 %)** respondenti vypijí do jednoho litru a 2 seniori **(7 %)** vypijí 2 litry (viz obr. č. 10 na str. 54).

Vzhledem k tomu, že se šetření účastnilo 60 respondentů, nemůžeme výsledek považovat za celospolečenský fakt.

**Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že Hypotéza 1 byla potvrzena.**

## **2. Hypotéza- U většiny seniorů ve vlastním prostředí i v rezidenční péči ovlivňují kvalitu jejich stravování psychosociální a ekonomické faktory.**

S hypotézou 2 souvisely tyto otázky z dotazníku: č. 16, 19, 21, 22, 23, 24.

Otázka č. 16 měla zjistit, zda mají seniori dostatek peněz na jídlo/ dokupování potravin. Ze vzorku 60 seniorů bylo zjištěno, že celkem 26 seniorů **(87 %)** z rezidenční péče má dostatek financí a 25 seniorů **(83 %)** z domácího prostředí taktéž (viz obr. č. 18 na str. 60).

V otázce č. 19 bylo podstatou zjistit jaký faktor je rozhodující při koupi potravin. Pro seniory z rezidenční péče je to zejména oblíbenost, odpovědělo tak 20 seniorů **(67 %)**. Pouze 2 seniory **(7 %)** ovlivňuje dostupnost a ostatní neovlivňuje nic. Celkem 10 seniorů **(33 %)** z domácího prostředí ovlivňuje oblíbenost. Dalším faktorem je a cena **(27 %)** a kvalita **(23 %)** (viz obr. č. 21 na str. 62).

Otázka č. 21 měla prokázat, s kým se seniori nejčastěji stravují. Všech 30 seniorů z rezidenční péče odpovědělo, že se stravují sami. Celkem 17 seniorů **(57 %)** z domácího prostředí uvedla, že se stravuje s rodinou či partnerem (viz obr. č. 23 na str. 63).

Další otázka se zabývala tím, zda se seniori stravují každý den, ve stejný čas. Všichni seniori z rezidenční péče odpověděli, že se takto stravují. Naopak pouze 10 seniorů **(33 %)** z domácího prostředí odpovědělo, že konzumují jídlo denně, ve stejný čas (viz obr. č. 24 na str. 64).

Zda ovlivňují některé faktory stravovací návyky, seniorů bylo zjišťováno v otázce č. 23. Celkem 11 seniorů (**37 %**) z rezidenční péče trápí osamělost při stravování, 4 seniory (**13 %**) omezuje špatný chrup a 3 osoby (**10 %**) svazuje zácpa. Více jak polovinu seniorů z domácího prostředí neovlivňuje nic. Ostatním schází dostatek financí na dokupování potravin a dobrý chrup (viz obr. č. 25 na str. 65).

Poslední otázka č. 24 byla jen pro seniory z domácího prostředí. Podstatou bylo totiž zjistit, kdo jim zajišťuje stravu během dne. Celkem 19 seniorů (**63 %**) z domácího prostředí se stravuje samo. Pouze 8 seniorům (**27 %**) připravuje pokrmy rodina a ostatním pečovatelská služba (viz obr. č. 26 na str. 66).

**Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že Hypotéza 2 byla potvrzena.**

### **6.3 Diskuse**

Výzkumné šetření, které je součástí diplomové práce, se zabývalo stravováním seniorů v rezidenční péči a domácím prostředí. Zejména šlo o porovnání a míru vlivu psychosociálních problémů seniorů v souvislosti se stravou. Komparace jednotlivých prostředí neprokázala výrazné výkyvy, avšak šetření přineslo spoustu zajímavých poznatků z této oblasti. Šetření probíhalo formou kvantitativního výzkumu. Dotazníky byly rozdány mezi 60 respondentů. Celkem 30 seniorů bylo z rezidenční péče a 30 seniorů z domácího prostředí. Věk respondentů se pohyboval od 65- 95 let. Odpovídali jak ženy, tak i muži. Žádný respondent neměl problém s vyplňováním. Výjimkou bylo několik seniorů z rezidenční péče, kteří potřebovali pomoc při vyplňování dotazníku. Důvodem byl špatný zrak či neschopnost psát.

Téměř většina seniorů nedodržuje zásady správného stravování. Neuvědomují si to oni ani jejich nejbližší, kteří o ně pečují. S rostoucím věkem se snižuje potřeba jídla, ale souběžně se zvyšuje nutnost konzumace bílkovin ([www.vyzivasenioru.cz](http://www.vyzivasenioru.cz)). Na základě průzkumu organizace NMS Market Research 8 z 10 dotazovaných českých seniorů uznávají, že jejich strava by měla obsahovat výživové hodnoty jiné než strava, kterou konzumují. Špatné stravovací návyky uznává přesto více jak polovina dotazovaných seniorů. Hlavním důvodem nepřizpůsobení si zdravější stravy je pro seniory nedostatek financí, kde tuto možnost volilo celkem 45 % dotazovaných ([www.pecujdoma.cz](http://www.pecujdoma.cz)).

Prvotním předpokladem mého výzkumu bylo, že senioři z rezidenční péče mají kvalitnější (pestřejší a vyváženější) stravu oproti seniorům, kteří žijí ve vlastním prostředí. Tato hypotéza se potvrdila. Seniorům v rezidenční péči je denně podávána strava, která obsahuje všechny důležité nutriční složky. Denně je klientům podáváno ovoce, zelenina, maso a mléčné výrobky. Tekutiny jsou neustále doplňovány a donášeny až na pokoje. Mnohdy se stává, že senioři naservírovaný oběd nesnědí, ale oproti seniorům z domácího prostředí jsou jistě s přísunem kvalitního a pestrého jídla stále ve výhodě.

Strava se řadí mezi primární fyziologické potřeby, je nezbytným předpokladem k udržení zdraví a lidského života. S rostoucím věkem to platí dvojnásob. Strava ovšem neplní pouze sytící funkci, zahrnuje dokonce sociálně - psychologický rozsah a je jistým prostředkem pro prevenci nemocí. Strava každého seniora by měla obsahovat zeleninu a ovoce, nejlépe několik porcí denně ([www.lepsipec.cz](http://www.lepsipec.cz)).

Dle mých výsledků je v rezidenční péči strava podávána pětikrát denně: snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina a večeře. Více než polovina respondentů z tohoto prostředí odpověděla, že sní 5 pokrmů denně. Naopak senioři z domácího prostředí sní průměrně 2-3 porce za den. Většina seniorů z domácího prostředí si dopřeje kvalitní stravu, avšak na vyváženost tolik nedbají. Často se stává, že konzumují jednostrannou stravu nebo si navaří jedno jídlo na celý týden. Ovoce, zeleninu či mléčné výrobky si sice kupují, ale často si nevzpomenou na jejich konzumaci. Tyto potraviny v mnohých případech končí shnilé nebo s prošlou lhůtou v odpadkových koších.

Ovoce a zelenina vyžaduje u seniorů jistou úpravu, aby byla měkká a lépe stravitelná. Vaření tedy zabere více času a seniora může vysilovat. Většina seniorů z rezidenční péče uvedla, že konzumuje alespoň jeden kus ovoce a zeleniny denně. To je velice pozitivní výsledek. V domácím prostředí jsou na tom hůře, ovoce a zeleniny si dopřeje méně jak polovina seniorů. Mléčné výrobky jsou velice oblíbené mezi seniory. Prokázaly to také získané výsledky, kde se ukázalo, že většina seniorů z rezidenční péče konzumuje denně nějaký mléčný výrobek. Seniorů z domácího prostředí, kteří si dají mléčný výrobek, bylo podstatně méně. Téměř totožné výsledky přinesly odpovědi na otázku ohledně konzumace masa. Maso je sice mezi všemi seniory oblíbené a prospěšné pro tělo, avšak doma ho nekonzumuje tolik jedinců, jako v rezidenční péči. Je otázkou, zda je to způsobeno dostupností, financemi nebo náročností přípravy pokrmu.

Dle výzkumu, v odborném článku Výživa seniorů (2018), je uvedeno, že více jak polovina seniorů přiznává, že jejich stravovací návyky nejsou dobré. Nejčastěji jedí celé roky stejnou stravu nebo konzumují právě to, na co mají zrovna chuť.

I přesto, že spousta seniorů nemá pocit žízně, jsou pro ně tekutiny velice důležité. Překvapením bylo, že většina seniorů vypije 1,5 litru tekutin za den. Při zařazení otázky do dotazníku, zda senioři užívají doplňky stravy, byl předpoklad, že většina z nich je pravidelně užívá. Opak je však pravdou.

Dále jsem předpokládala, že dietu kvůli zdravotním obtížím dodržuje vysoké procento starších jedinců. Tento předpoklad se ovšem vyvrátil, neboť se senioři ve většině případů nemusí v jídle omezovat a mají tak ve výběru pokrmů volnost. Jen 11 seniorů uvedlo, že musí dodržovat dietu pro zdravotní obtíže. Je však jasné, že všichni nemohou konzumovat veškeré potraviny. Některým lidem nedělají dobře například mléčné výrobky, jiným zase kořeněná jídla. Ve výhodě jsou ti z domácího prostředí, kteří si mohou připravit to, co je pro jejich organismus nejlepší. Od toho se pak odvíjí, zda senioři rádi jedí. Pokud se po jídle cítí dobře, mají s ním spojené hezké chvíle. Jak ale vytvořit hezké chvíle, aby byla konzumace jídla pro seniory příjemná a těšili se na ni? Jak docílit u seniorů dobrého pocitu ze stravování, když jsou jim občas naservírována novodobá jídla, na která nebyli po celý život zvyklí? Jednou z variant je nepodávat seniorům pokrmy jako je například tofu, bulgur a další pro ně neznámé potraviny. Na toto téma jsou však různé názory. Pokud by někdo z klientů měl zájem o novodobou stravu, má možnost si obstarat její nákup. Z výsledků bylo patrné, že téměř nikdo nevyhledává nové experimenty z kuchyně. Senioři raději dávají přednost typicky českým jídlům, na které se často těší.

S financemi na dokupování potravin na tom nejsou senioři vůbec špatně. Je patrné, že si na stravě neodpírají. Lze předpokládat, že většinu svých peněz utratí za léky a právě za potraviny. Rádi si totiž zpřijemní chvíle něčím sladkým, nejčastěji čokoládou. Dostupnost a oblíbenost jsou zásadním kritériem pro výběr potravin. Na kvalitu senioři tolik nehledí. Překvapivé je, že ani cena je nijak neomezuje při koupi. Je pozitivní, že většina seniorů neuvedla jako rozhodující faktor cenu potravin, mohou si tedy kupovat potraviny, které mají v oblibě.

S pravidelností ve stravě je to patřičně jinak u seniorů z rezidenční péče a domácího prostředí. Za velkou výhodu považují, že senioři z rezidenční péče mají denně nastavených pět jídel. Pro jejich organismus a celkový stav je to ten nejlepší způsob stravování. I kdyby nesnědli vždy celé porce, pro tělo je načasování a vyváženost pokrmů přínosná.



K otázce, zda seniory ovlivňují nějaké faktory jejich stravovací zvyklosti, se vyjadřovali většinou stejně. Negativním faktorem byl hlavně špatný chrup. Senioři jsou nuceni stravu mixovat či jinak upravovat, aby ve stravě přijali to, co jejich tělo potřebuje. Hned za problémy se špatným chrupem se objevila, jako negativní faktor, osamělost. Více jak polovina respondentů uvedla, že se cítí při konzumaci osaměle.

V odborném článku Péče o seniory (2019) uvádějí, že kromě bohaté stravy je také velmi důležitá kultura stolování. V hezkém, příjemném a poklidném prostředí v kontaktu s jiným člověkem se senior nají daleko více a lépe, než pokud se bude stravovat ve stresu a sám.

Poslední otázka v dotazníku byla určena jen seniorům z domácího prostředí. Cílem této přidané otázky bylo zjistit, kdo těmto seniorům připravuje stravu během dne. Většina uvedla, že si zajišťují stravu sami. Ostatním vaří buď rodina, manžel/ manželka či ojedinele dováží obědy pečovatelská služba. Předpoklad o vlivu psychosociálních faktorů na stravování seniorů (hypotéza č. 2) se rovněž potvrdil.

## ZÁVĚR

Cílem předložené diplomové práce bylo popsat a zkoumat psychosociální problematiku stravování seniorů. Teoretická část byla věnována především stáří, stárnutí a nejčastějším nemocem, které souvisejí s kvalitou stravování. Následoval popis geriatrických syndromů, psychosociálních aspektů stravování seniorů a také rozbor aktuálních dokumentů, které se týkají oblasti výživy. Stěžejní pátá kapitola poukázala na různé aspekty stravování seniorů v rezidenční péči a domácím prostředí. Byly v ní popsány klady a zápory těchto dvou odlišných prostředí.

Výzkumné šetření bylo provedeno u 30 klientů z rezidenční péče a 30 seniorů z domácího prostředí. Věkové rozmezí respondentů se pohybovalo okolo 65- 95 let. Pro šetření byla zvolena kvantitativní metoda, jejíž hlavním nástrojem k provedení byl samostatně sestavený dotazník. Všichni respondenti odpovídali na 23 otázek, ti z domácího prostředí měli jednu otázku navíc.

Na počátku šetření byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda je kvalitnější (pestřejší a vyváženější) strava seniorů v rezidenční péči nebo u starších osob, které žijí ve vlastním prostředí. Výsledky prokázaly, že osoby z rezidenční péče se stravují o něco kvalitněji. Druhým cílem bylo zjistit, zda lze považovat stravu seniorů za rozmanitou, a nakolik je jejich stravování limitováno zdravotními obtížemi. Bylo zjištěno, že výživu seniorů lze považovat za rozmanitou a ve většině případů nejsou zkoumaní senioři omezeni ve stravě zdravotními obtížemi. Třetím cílem bylo zjistit, jak ovlivňují kvalitu stravování seniorů psychické, sociální a ekonomické faktory. Z výsledků vyplynulo, že senioři jsou těmito faktory ovlivněni. Po finanční stránce jsou na tom většinou dobře. Překvapivě je samota kritickým bodem hlavně pro klienty z rezidenční péče a špatný chrup patří k výraznému omezení v konzumaci jídla všech starších osob. Čtvrtým a zároveň posledním cílem bylo zjistit, do jaké míry jsou senioři spokojeni se svým stravováním. Na základě výsledků výzkumného šetření lze tvrdit, že senioři se ve většině případů stravují rádi. Jsou toho názoru, že jejich strava je různorodá a pestrá. Do jídelníčku neradi zařazují novodobá jídla a mnohem více si pochutnají na typických českých jídlech, které znají ze svého mládí.

Výsledky nepřinesly významný rozdíl mezi stravováním seniorů v rezidenční péči a domácím prostředí.

Na závěr je nutné podotknout, že výzkumné šetření bylo provedeno pouze na vzorku respondentů. Polovinu tvořilo 30 klientů z rezidenční péče a 30 seniorů z domácího

prostředí. Jistým limitem může být vnímána jedna instituce a také fakt, že všichni oslovení senioři byli soběstační, a tedy nezávislí na pomoci druhé osoby.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADÁMKOVÁ, V. *Civilizační choroby - žijeme spolu*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-807-3874-131

ČELEDOVÁ L., KALVACH Z. a ČEVELA R. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČEVELA R., KALVACH Z. a ČELEDOVÁ L. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

FLORIÁNKOVÁ M. a KUBÁTOVÁ D. *Zdravý životní styl: životní styl a jídelníček pro dlouhý a aktivní život*. 2. aktualizované vydání. Praha: Fragment, 2016. ISBN 978-80-253-2919-1.

HAMER D., COPELAND P. a ČEVELA R. *Geny a osobnost: biologické základy psychiky člověka*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8779-5.

HÁŠKOVCOVÁ H. *Fenomén stáří*. Praha: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-703-8158-2.

HÁŠKOVCOVÁ H. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HÁŠKOVCOVÁ H. a KUBÁTOVÁ D. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. 2. aktualizované vydání. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HLAVÁČOVÁ, G. *Přechod seniorů do domova důchodců*. Medicína pro praxi. 2003, 21(2), 154-166. ISSN 1213-624.

HOLMEROVÁ I., JURAŠKOVÁ B. a ZIKMUNDOVÁ K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. doplněné vydání. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003. ISBN 80-865-4112-6.

HOLMEROVÁ I., JURAŠKOVÁ B. a ZIKMUNDOVÁ K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ E. a SUCHÁ J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.

- HOLMEROVÁ I. a KUBÁTOVÁ D. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. 2. aktualizované vydání. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3119-6.
- HUDÁKOVÁ A. a MAJERNÍKOVÁ L. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.
- JANDOUREK J. *Sociologický slovník*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3672-690.
- KALVACH Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Z. *Geriatrická křehkost - významný klinický fenomén*. *Medicína pro praxi*. 2008, 5(2), 66-69. ISSN 1803-5310.
- KALVACH Z., JAROLÍMOVÁ E. a SUCHÁ J. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient: [psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese]*. 3. vydání, rozš. a přeprac. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KAŇKOVÁ K. *Patologická fyziologie pro bakalářské studijní programy*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3112-3.
- KOHOUT, P. *Výživa seniorů*. In: *Zdravotnictví a medicína*. 2010. 184 ISSN 2336-2987
- KUZŇÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MACHOVÁ J. a KUBÁTOVÁ D. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5351-5.
- MALÁ, E. *Výživa ve stáří*. *Interní medicína pro praxi*. 2011, 13(3), 111-116. ISSN 1803-5256.
- MALÍKOVÁ E. a KUBÁTOVÁ D. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MARMOT M. G. a WILKINSON R. G. *Social determinants of health*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2006. ISBN 01-985-6589-5.
- MATOUŠ M. *Pohyb ve stáří je šancí*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0331-9.
- MLÝNKOVÁ J. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

ONDRUŠOVÁ J. *Diabetes u seniorů- přednáška*- Sociální gerontologie a geriatric, HTF UK v Praze, 2018

ONDRUŠOVÁ J. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.

PAVLÍČKOVÁ, J., KERNOVÁ, V. *Doporučení pro správnou výživu ve vyšším věku*. Leták k projektu „Lékárna na talíři“. Praha: Státní zdravotní ústav, 2006.

PETROVÁ R. *Nutriční podpora u nemocných s demencí*. Geriatric a gerontologie. 2015, 4(2), 87-91. ISSN 1805-4684.

PETROVÁ J. *Výživa seniorů v rámci komunitní výživy- přednáška*- LF MU v Brně, 2016

PETŘÍKOVÁ J. *Genetika a esenciální hypertenze*. Interní medicína pro praxi. 2002, 4(5), 226-228. ISSN 1803-5256.

PICHAUD C. a THAREAU I. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 2. vydání, podstatně přeprac. a dopl. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-717-8184-3.

POKORNÁ A. *Ošetřovatelství v geriatric: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.

RYBKA J. *Zvláštnosti terapie diabetu u seniorů*. Interní medicína pro praxi. 2012, 14 (8-9), 303-308. ISSN 1803-5256.

SKÁLOVÁ A. *Prevence a řešení zácpy z pohledu seniorů*. Geriatric a gerontologie. 2017, 6(4), 188-190. ISSN 1805-4684.

SVACHINA Š. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.

TREŠLOVÁ M., BARTLOVÁ S. *Příčiny stresu seniorů žijících v domácím prostředí*. Geriatric a gerontologie. 2014,(4), 165-170. ISSN 1805-4684.

REICHEL J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

RYBKA J. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1612-7.

SCHULER M. a OSTER P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.

SOBOTKA L. ed. *Basics in clinical nutrition: hodnotící nástroje*. 3rd ed. Prague: Galén, c2004. ISBN 80-726-2292-7.

*Standardizace nutriční péče v domově pro seniory*. Praktický lékař. 2011, (12), 714-717. ISSN 1805-4544.

STARNOVSKÁ, T. *Standardizace nutriční péče v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Rezidenční péče. 2018, 18-19. ISSN 1801-1718.

STRÁNSKÝ M. a RYŠAVÁ L. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2010. ISBN 978-80-7394-241-0.

SÝKOROVÁ D., NYTRA G. a TICHÁ I. *Bydlení v kontextu chudoby a stáří: úvod do problematiky*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014. ISBN 978-80-7464-493-1.

TOPINKOVÁ E. *Geriatric pro praxi: hodnotící nástroje*. 3rd ed. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2365-6.

TOPINKOVÁ E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2365-6.

TOPINKOVÁ E. *Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných*. Česká geriatrická revue, 2003, roč. 1, č. 1, s. 6 - 11. ISSN 1214-0732.

VÁGNEROVÁ M., NYTRA G. a TICHÁ I. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VOLEKOVÁ M., ŠATNÍK V. *Manuál klinické výživy*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-274-8.

WEBER P. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-701-3314-7.

WHITNEY E. a ROLFES S. R. *Understanding nutrition. 12th ed. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning*, c2011. ISBN 05-384-9412-3.

WILKINSON RG. a MARMOT M. G. *Social determinants of health: sociální determinanty zdraví*. 2nd ed. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2005. ISBN 80-866-2546-X.

ZLOCH, Z. *Některé specifické požadavky na výživu ve vyšším věku*. Interní medicína pro praxi. 2008, 11(3), 134-137. ISSN 1803-5256.

### **Elektronické zdroje**

Akční plán č. 2: *Správná výživa a stravovací návyky populace na období 2015 – 2020*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [online] Praha, 2015. Dostupné z: [https://www.dataplan.info/img\\_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/ap-02a-spravna-vyziva-a-stravovaci-navyky-populace.pdf](https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/ap-02a-spravna-vyziva-a-stravovaci-navyky-populace.pdf). [cit. 2019-03-02].

ANNA Český Brod, *sociální služby pro seniory*. [online] Český Brod, Domov-Anna 2013. Dostupné z: <https://www.domov-anna.cz/>. [cit. 2019-02-09].

Arteriální hypertenze. *Institut klinické a experimentální medicíny*. [online] Praha, 2019. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/arterialni-hypertenze/a-435/>. [cit. 2019-03-22].

Diakonie Českobratrské církve evangelistické: *Zaostřeno věnované stravování seniorů* [online]. Brno: ©, 2019. Dostupné z: <https://www.pecujdoma.cz/clanky/zaostreno-venovane-stravovani-senioru/> [cit. 2019-04-29].

Lepší péče: *Zásady správného stravování seniorů* [online]. Praha: ©, 2019. Dostupné z: <https://lepsipece.cz/pece-o-seniory/zasady-spravneho-stravovani-senioru/> [cit. 2019-04-29].

Ministerstvo zdravotnictví České republiky: *Zdraví 2020- Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. [online] Praha, MZČR 2010. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci\\_8690\\_3016\\_5.html](http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html). [cit. 2019-01-13].

ONDRUŠOVÁ, J. *Sociální gerontologie a geriatrie*. [online] Praha, UK HTF – e-skripta 2018. Dostupné z <https://htf.cuni.cz/HTF-103-version1-gerontologie7.pdf>. [cit. 2019-04-25].

*Osteoporóza - prevence a léčba*. Institut klinické a experimentální medicíny. [online] Praha, 2019. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/osteoporoz-a-prevence-a-lecba/a-1998/>. [cit. 2019-04-19].



Výživa seniorů: *Správnou výživou proti křehkosti* [online]. Praha: ©, 2018. Dostupné z: <http://www.vyzivasenioru.cz/> [cit. 2019-04-29].

*Životní styl a osteoporóza*. In: Zdravotnictví a medicína. [online] Praha, 2016. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/zivotni-styl-a-osteoporoza-481099>. [cit. 2019-02-27].

## **SEZNAM TABULEK**

*Tabulka 1 – Počet mužů a žen dotazovaných v rezidenční a domácí péči..... - 47 -*

## SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obr. 1 - Počet dotazovaných mužů a žen v rezidenční péči.....</i>	<i>- 46 -</i>
<i>Obr. 2 - Počet dotazovaných mužů a žen v domácím prostředí.....</i>	<i>- 47 -</i>
<i>Obr. 3 - Druh postavy z rezidenční péče .....</i>	<i>- 48 -</i>
<i>Obr. 4 -Druh postavy z domácího prostředí .....</i>	<i>- 48 -</i>
<i>Obr. 5 - Počet porcí jídla za den u seniorů .....</i>	<i>- 49 -</i>
<i>Obr. 6 - Kolik kusů ovoce sní senioři za den .....</i>	<i>- 50 -</i>
<i>Obr. 7 - Kolik porcí zeleniny sní senioři za den .....</i>	<i>- 51 -</i>
<i>Obr. 8 - Jak často senioři konzumují mléčné výrobky .....</i>	<i>- 52 -</i>
<i>Obr. 9 - Jak často senioři konzumují maso .....</i>	<i>- 53 -</i>
<i>Obr. 10 -Kolik litrů tekutin senioři vypijí za den .....</i>	<i>- 54 -</i>
<i>Obr. 11 - Zda senioři užívají doplňky stravy .....</i>	<i>- 55 -</i>
<i>Obr. 12 - Zda senioři dodržují nějakou dietu pro zdravotní obtíže .....</i>	<i>- 55 -</i>
<i>Obr. 13 - Jaká jídla dělají seniorům zdravotní obtíže .....</i>	<i>- 56 -</i>
<i>Obr. 14 -Zda senioři rádi jedí.....</i>	<i>- 57 -</i>
<i>Obr. 15 - Zda mají senioři rádi novodobá jídla .....</i>	<i>- 57 -</i>
<i>Obr. 16 - Zda by senioři uvítali častěji novodobá jídla .....</i>	<i>- 58 -</i>
<i>Obr. 17 - Zda mají senioři dostatečný výběr jídel .....</i>	<i>- 59 -</i>
<i>Obr. 18 - Zda mají senioři dostatek financí na jídlo a dokupování potravin .....</i>	<i>- 60 -</i>
<i>Obr.19 - Zda si senioři kupují v obchodech potraviny typu pochutiny, sladkosti, slané .....</i>	<i>- 60 -</i>
<i>Obr. 20 - Co si nejraději senioři dokupují.....</i>	<i>- 61 -</i>
<i>Obr. 21 - Co je pro seniory rozhodující při koupi potravin obecně .....</i>	<i>- 62 -</i>
<i>Obr. 22 - Zda jsou senioři schopni najíst se sami .....</i>	<i>- 63 -</i>
<i>Obr. 23 - S kým se senioři stravují.....</i>	<i>- 63 -</i>
<i>Obr. 24 - Zda se senioři stravují ve stejný čas.....</i>	<i>- 64 -</i>
<i>Obr. 25 - Jaké faktory ovlivňují seniory stravovací zvyklosti .....</i>	<i>- 65 -</i>
<i>Obr. 26 - Jaké faktory ovlivňují seniory stravovací zvyklosti .....</i>	<i>- 66 -</i>

## SEZNAM PŘÍLOH

### Dotazník

Vážené dámy, vážení pánové, obracím se na Vás s prosbou vyplnit tento dotazník, který bude sloužit jako podklad pro mou diplomovou práci. Práce je zaměřena na problematiku stravování seniorů. Dotazník je **anonymní**. Vaše odpovědi zakroužkujte, a pokud se v odpovědích objeví pár teček, pokuste se, prosím, odpovědět co nejstručněji. Předem děkuji za vyplnění. Kristýna Šaldová

Pro více informací: [kristynasal@seznam.cz](mailto:kristynasal@seznam.cz)

---

**Pohlaví:** Žena/ Muž

**Věk:** .....

**Pobýván v:** ☐ domácím prostředí

☐ rezidenční péči

**Žiji:** ☐ sám

☐ s partnerem/partnerkou

☐ s rodinou

**Druh postavy:** ☐ štíhlý

☐ přiměřený

☐ silnější

---

1. Kolik porcí jídla sníte za den?
  - a) 3
  - b) 4
  - c) 5
  - d) Jiné.....
2. Kolik kusů ovoce sníte za den?
  - a) 1
  - b) 2
  - c) Jiné.....
  - d) Žádné
3. Kolik porcí zeleniny sníte za den?
  - a) 1
  - b) 2
  - c) Jiné.....
  - d) Žádné
4. Jak často konzumujete mléčné výrobky (mléko, sýry, tvaroh, jogurty, atd.)?
  - a) Každý den
  - b) Obden
  - c) Málokdy
  - d) Nejím
5. Jak často konzumujete maso?
  - a) Každý den
  - b) Obden

- c) Málokdy
  - d) Nejím
6. Kolik litrů tekutin vypijete za den?
- a) 1l
  - b) 1 ½
  - c) Jiné.....
7. Užíváte doplňky stravy?
- e) Ano
  - f) Ne
8. Dodržujete nějakou dietu pro zdravotní obtíže? (diabetickou, žlučnickovou, s omezením tuků, kašovitou, jinou)
- a) Ano
  - b) Ne
9. Jaké jídlo Vám dělá zdravotní obtíže? (nevolnost, průjem, nadýmání)  
např.: čerstvé pečivo, mléčné výrobky, tučná jídla, kořeněná jídla, luštěniny ev.  
jiné konkrétní jídlo
- Odpověď.....
10. Jíte rád/a ?
- c) Ano
  - d) Ne
11. Chutnají Vám novodobá jídla? (bulgur, šmakoun, tofu)
- a) Ano
  - b) Ne
12. Uvítal/a byste je v jídelníčku častěji?
- a) Ano
  - b) Ne
13. Jaké jídlo nemáte rád/a?
- Odpověď.....
14. Jaké jídlo máte nejraději?
- Odpověď.....
15. Máte dostatečný výběr jídel?
- a) Ano
  - b) Ne
16. Máte dostatek peněz na jídlo/ na dokupování potravin?
- a) Ano

b) Ne

17. Kupujete si v obchodech potraviny typu pochutiny, sladkosti, slané?

a) Ano

b) Ne

18. Co si nejčastěji dokupujete?

např.: sladkosti, slané, mléčné výrobky, ovoce, jiné, nic, ev. vypsát

Odpověď.....

19. Co je pro Vás rozhodující při koupi potravin obecně?

a) Cena

b) Kvalita

c) Dostupnost

d) Oblíbenost

e) Jiné.....

20. Jste schopný/á najíst se sám?

a) Ano

b) Ne

21. S kým se stravujete?

a) Sám/sama

b) S rodinou

c) Jiné.....

22. Stravujete se každý den ve stejný čas?

a) Ano

b) Ne

23. Ovlivňují některé uvedené faktory Vaše stravovací zvyklosti?

např.: omezený výběr jídla, špatný chrup, porucha polykání, osamělost, finance...

Odpověď.....

+ otázka pro seniory z domácího prostředí

24. Kdo Vám zajišťuje stravu během dne?

a) Já sám/a

b) Rodina

c) Pečovatelská služba

d) Jiné.....

## **ABSTRAKT V ČESKÉM JAZYCE**

Diplomová práce se zabývá psychosociální problematikou stravování seniorů. Teoretická část je věnována jak oblasti zdraví, zdravému životnímu stylu u seniorů, tak také nemocem a fyzickým obtížím typickým pro stáří. Jsou zde popsány geriatrické syndromy, které se vyskytují u seniorů, a zároveň také psychosociální aspekty jejich výživy. Ve čtvrté kapitole jsou uvedeny aktuální dokumenty, které jsou úzce spjaté se stravou. Výživa seniorů je však stěžejní kapitolou celé práce, neboť je v ní popsáno, jakým způsobem probíhá strava seniorů v domácím prostředí a v rezidenční péči. Záměrem poslední kapitoly teoretické části je seznámit čtenáře s Domovem ANNA, v němž proběhlo na začátku roku 2019 výzkumné šetření, jež je součástí diplomové práce. Šetření proběhlo dotazníkovou metodou, a respondenty se stali jak klienti z již zmiňovaného Domova ANNA, tak ti z domácího prostředí, kteří žijí v Českém Brodě. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda mají senioři v rezidenční péči kvalitnější (pestřejší a vyváženější) stravu oproti starším osobám, které žijí v domácím prostředí a jak ovlivňují kvalitu jejich stravování psychosociální a ekonomické faktory.

## **ABSTRAKT V ANGLICKÉM JAZYCE**

The diploma thesis deals with psychosocial problems of seniors' alimentation. The theoretical part focuses on the area of health, healthy lifestyle of elderly people, and also on the diseases and physical problems typical for old age. The geriatric syndromes, which occur in old age, as well as psychosocial aspects of the nutrition of seniors, are described there. The fourth chapter presents up-to-date documents that are closely related to alimentation. The nutrition of seniors is a crucial chapter of the whole thesis, because it describes how the alimentation of seniors is carried out in the home environment and how in residential care. The aim of the last chapter in the theoretical part is to present to the reader the „Domov ANNA“, where the research survey (which is a part of the thesis) was realized at the beginning of the year 2019. The survey was carried out using a questionnaire method among clients of the above-mentioned „Domov ANNA“ and also seniors living at home in Český Brod. The aim of the research was to find out if the elderly in residential care have better (more varied and balanced) diet in comparison with the elderly who live and eat at home and how psychosocial and economic factors influence the quality of their nutrition.